



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



El seguro de vida en la Argentina

Frangipani, Alfonso U.

1952

Cita APA:

Frangipani, A. (1952). 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

1501
568

ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Económicas

51

51

EL SEGURO DE VIDA

EN LA ARGENTINA

-ooo-

T E S I S

ALFONSO UMBERTO FRANGIPANI

1 9 5 2

I N D I C E

<u>Introducción</u>	1
---------------------------	---

Capítulo I

El seguro de vida como medio de provisión social.-

1.- La provisión y el seguro de vida	3
2.- El seguro de vida y el ahorro	6
3.- Función social del seguro de vida	10

Capítulo II

Clasificación de los seguros de vida

1.- Clasificación en general:	13
a) Seguros de vida sociales	
b) Seguros de vida voluntarios	15
2.- Clasificación en particular	16
3.- Planes de seguros de vida	48

Capítulo III

Asas técnicas.-

1.- Las tablas de mortalidad	64
2.- La tasa de interés	77
3.- Las primas	78
4.- Las reservas matemáticas	82
5.- Los valores garantizados	89
6.- Los requisitos médicos y la técnica facultativa ..	92

Capítulo IV

Régimen legal y contractual.-

1.- Disposiciones de nuestros códigos	99
---------------------------------------------	----

2.- Leyes y decretos reglamentarios	102
3.- El contrato	104
4.- La póliza	105
5.- La prescripción en el seguro de vida	154

Capítulo V

Régimen contable y económico.-

1.- Disposiciones reglamentarias sobre el régimen contable para el seguro de vida	164
2.- El plan de cuentas	169
3.- El balance anual y la cuenta de resultado	178
4.- La reducción del valor adquisitivo de los capitales en el seguro de vida	184
5.- La participación en las utilidades	187

Capítulo VI

El seguro de vida en el extranjero.- Régimen legal de explotación en diversas países.-

1.- Estados Unidos	192
2.- Gran Bretaña	200
3.- Francia	205
4.- Suiza	206
5.- Bélgica	210
6.- Uruguay	213
7.- Alemania	216
8.- España	217
9.- Italia	218

Capítulo VII

Explotación del seguro de vida en el país.-

1.- Régimen de explotación comercial y particular.- Por compañías privadas: a) Sociedades anónimas, nacionales y extranjeras b) Mutualidades y cooperativas	222
2.- Régimen a cargo del Estado: La Caja Nacional de Ahorro Postal como organismo asegurador	232
3.- Organización de las empresas de seguros	245
4.- La colocación del seguro de vida	253

Capítulo VIII

El Estado y el seguro de vida.-

Intervención del estado en el seguro de vida	259
----------------------------------------------------	-----

1.- Fiscalización	280
2.- Explotación	270
3.- Función social	272
4.- Nacionalización	273
 CONCLUSIONES	 279

A P E N D I C E

<u>I.- Disposiciones legales aplicables al contrato de seguro de vida.-</u>	
1.- Del Código de Comercio	294
2.- Del Código Civil	297
3.- Del Código Penal	302
 <u>II.- Disposiciones reglamentarias aplicables al seguro de vida.-</u>	
1.- Resoluciones del Ministerio de Hacienda de la Nación	304
2.- Resoluciones de la Superintendencia de Seguros de la Nación	305
3.- Régimen legal de la Superintendencia de Seguros (L. N.º 1238).- Disposiciones referentes al seguro de vida	307
4.- Decreto N.º 25.530/1937 reglamentario del régimen legal de la Superintendencia de Seguros. Disposiciones referentes al seguro de vida	309
 <u>III.- JURISPRUDENCIA</u>	 310
 <u>BIBLIOGRAFIA</u>	 366

INTRODUCCION

La trascendencia y el grado de evolución alcanzados por el seguro de vida en los últimos tiempos han merecido una especial atención de los hombres de Estado y de los estudiosos de la materia, dadas las proyecciones sociales de este importante factor de previsión.

El presente trabajo de investigación sobre el seguro de vida en la Argentina, con el cual el autor cumple el requisito establecido para optar al título de doctor en ciencias económicas, lleva implícito, por otra parte, el deseo de contribuir al estudio de un problema económico-social de interés público, tras de cuya solución ^{ARGENTINA} ¹⁹³² ¹⁹³³ se marcha en nuestro país y en el extranjero, mediante el progreso de la legislación, que va evolucionando, en general, hacia una mayor intervención del Estado por esta forma de la previsión, a fin de asegurar, sobre todo, sus objetivos eminentemente sociales.

Se estudian en este trabajo los aspectos sociales, económicos, técnicos y de previsión del seguro de vida, tanto en sus bases fundamentales y legales como en su régimen contable, plantéandose la situación actual al respecto y sugiriéndose las modificaciones oportunas aconsejadas por la experiencia y las conveniencias públicas. Luego se examina el desarrollo adquirido por este medio de previsión en nuestro país y en otras naciones - por lo que respecta a su explotación a cargo del Estado y de entidades privadas - con el objeto de ofrecer un amplio panorama de los seguros de vida, que pueda ser ilustrativo para

inferir conclusiones generales.

Al respecto, debe constituir un motivo de satisfacción para el espíritu argentino el progreso alcanzado por los seguros de vida en el país, mediante la acción desarrollada por el Estado por intermedio de sus organismos competentes que han hecho de esta forma de la provisión un seguro para las clases laboriosas.

En el apéndice, como elementos de ilustración y de consulta, se presenta una reseña de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables al régimen del seguro de vida, y una síntesis de la jurisprudencia sentada por los tribunales argentinos en los principales litigios a que ha dado lugar la explotación de aquél en nuestro país. Se ha esforzado, por otra parte, en confrontar la teoría con la práctica, a fin de llegar a conclusiones racionales.

En suma, espero que este trabajo signifique un elemento útil para el Instituto de Ciencias Comerciales y Seguros de nuestra Facultad, REPOSICION
CALIFICACION así como para cuantas entidades y personas se interesen por estas disciplinas. Y en cuanto a su propósito fundamental, sus aspiraciones se verán satisfechas si este trabajo significara una aportación provechosa para el estudio de una eventual reforma de la legislación y de la técnica del seguro de vida, encaminada a perfeccionar el sistema en beneficio del individuo y la sociedad.

No puedo prever si estas aspiraciones serán logradas. La voluntad es mucha; éste y la medida del esfuerzo realizado hacia la finalidad expresada serán juzgadas por los respectivos profesores de nuestra Facultad de Ciencias Económicas, a cuyo ilustrado criterio se heuro en someter este trabajo.

C A P I T U L O I

El seguro de vida como medio de previsión social

- 1.- La previsión y el seguro de vida.
- 2.- El seguro de vida y el ahorro.
- 3.- Función social del seguro de vida.

1.- La previsión y el seguro de vida.

El hombre ha debido afrontar siempre, en el transcurso de su existencia, toda suerte de eventualidades, a las cuales se encuentra expuesto, sin poderlas evitar. En virtud de tales contingencias, ha debido idear y poner en juego ciertos recursos destinados a neutralizar el efecto de esos riesgos, a fin de salvar la economía de él y de los suyos.-

La constitución de la familia ha sido la constante y fundamental preocupación humana. Para cimentarla sólidamente, el hombre previsor ha atendido en todo tiempo a su base económica, sobre la cual descansa su estructura. Si bien los sentimientos son los lazos efectivos que unen a las personas, es indudable la existencia de otros vínculos, los económicos. En efecto, la cohesión de los miembros que constituyen la familia, se refuerza y consolida por obra de una economía sana. Esta permite a los integrantes del núcleo familiar gozar de los beneficios inherentes a esa situación de holgura que forma parte del alivio en el cual el ser humano puede vivir feliz.

Lógicamente, en defensa de esa economía el hombre debe anticiparse a la ocurrencia de los riesgos que puedan ponerla en peligro. La forma de lograrlo es reservar una parte de los ingresos producidos por el trabajo o la ocupación, para cuando los recursos sean inferiores a las necesidades que deben satisfacer. En esta forma se practica una redistribución de las entradas en el tiempo, adaptándose de modo que las necesidades puedan estar siempre cubiertas por los recursos.

Estas medidas de previsión adquieren formas distintas y variadas. En la etapa primaria las reservas se constituyen mediante el simple procedimiento de la acumulación, cuya manifestación concreta se halla representada en el ahorro. En el transcurso del tiempo han aparecido formas o sistemas de los más variados, que podemos clasificarlos en dos grandes grupos: previsión individual y previsión social.

Dentro del primero, se encuentran los medios de previsión fructos del ahorro individual; mientras que en el segundo, prevalece la acción del Estado.

Ambos son compatibles y se complementan. Es así como las grandes sumas del ahorro individual que se acumulan en los Bancos, son utilizadas por el Estado en beneficio de la previsión social, y a su vez, los beneficios que otorgan estas leyes de previsión social alcanzan individualmente al pueblo en las más variadas formas.

La previsión individual toma el carácter también de colectiva, cuando los individuos, en forma voluntaria o involuntaria, se agrupan con fines de previsión, dando nacimiento a importantes instituciones que revisten el carácter de sociedades, cooperativas, mutualidades, cuyos fines son sociales y de bien público, aun cuando los realicen con una característica o modalidad especial y propia según

el tipo de asociación.

Forman parte de la provisión individual el ahorro, la capitalización y el seguro. Constituyen en cambio la provisión social, los medios de provisión basados en la política social del Estado y que comprenden los regímenes jubilatorios, pensiones a la vejez, retiro, invalidez, accidentes, etc., es decir, todos aquellos riesgos que se cubren bajo la denominación genérica de seguros sociales, y cuyo rasgo característico es su obligatoriedad.

De los denominados medios de provisión individual, sobresale el seguro de vida como uno de los más completos que ha ideado el hombre para combatir la inseguridad y el infortunio. De él nos ocuparemos, ya que es el activo de este trabajo.

Es el seguro de vida un medio de provisión destinado a concentrar en una fórmula los esfuerzos económicos necesarios para arrear las reservas que servirán para proteger el período de la vida en caso de infortunio, se cierna sobre la familia la angustia propia de la falta del elemento indispensable para su subsistencia.

Cuando el seguro una función matemática que se aplica con la misma precisión cuando la eventualidad es cierta y grave, cuando con la violenta realidad de la invalidez o la muerte, la estructura económica de la familia. En estas emergencias, que tarde o temprano llegan a producirse en el transcurso de toda vida humana, el seguro tiene por objeto atenuar las consecuencias lamentables de una muerte, mitigar el resquebrajamiento de la vejez o subvenir a las necesidades motivadas por una disminución de la capacidad productiva del asegurado.

2.- El seguro de vida y el ahorro.

El ahorro se ha definido acertadamente como una disciplina que consiste en reservar parte de los ingresos actuales no indispensables para las necesidades presentes, con miras a satisfacer las necesidades futuras. El seguro de vida representa tambien una disciplina análoga, que utiliza parte de los ingresos del individuo para prevenir una necesidad futura, mediante el pago de una prima que cubre simultáneamente los efectos económicos de un suceso condicionado a la vida o a la muerte de la persona.

Temos que tanto el ahorro como el seguro conducen a la formación de un capital o valor económico; pero mientras el ahorro requiere un lapso prolongado y circunstancias normales, ya sea fenómenos o accidentes imprevistos o la muerte interrumpen el ahorro, el seguro no presenta esos peligros, pues el ahorro asegurado está a cubierto de toda contingencia, y desde el instante mismo que suscribe la póliza queda asegurado el monto del capital que se propuso ahorrar.

Como puede observarse, tanto el seguro de vida como el ahorro tienen un punto común es cuanto al espíritu de sacrificio que exige la formación de una reserva a base de aportaciones periódicas que deben sustraerse de los gastos de primordiales o indispensables. Sin embargo, difiere en un aspecto importante, y es que el seguro permite regular ese sacrificio. El individuo asegurado se obliga por sí mismo a efectuar pagos periódicos para mantener su seguro en vigencia, y se disciplina en tal forma que ya no interviene en este proceso su voluntad, la cual en un número elevado de personas constituye el único impulso que las lleva a perseverar hasta lograr la constitución de la reserva

que tuvo como finalidad el buscarse un seguro para el porvenir. El ahorro, en cambio, se presta a satisfacer el anhelo yacente en el espíritu de muchos individuos de disfrutar de los meses de la vida, invirtiendo en ello la totalidad de sus recursos, o en cualquier tiempo el ahorro acumulado. La provisión individual mediante el ahorro no es, por lo tanto, siempre eficaz, y por su naturaleza y procedencia no se halla expuesta a las variantes de la voluntad del individuo. Era necesario contar con un sistema que reuniera las ventajas de la provisión individual y absorbiera las dificultades que su práctica representaba para una gran cantidad de personas.

El seguro ha sido la solución del problema así planteado, toda vez que constituye un sistema que agrupa los riesgos y esfuerzos de quienes se confían a él para la formación de sus reservas.

Considerando el ahorro individual desde otro aspecto, vemos que no siempre es suficiente. Existe un número considerable de individuos a quienes les es absolutamente indispensable emplear la casi totalidad de sus recursos para hacer frente a las necesidades más elementales de la vida. En estos casos, si ahorran a expensas de sacrificios, lo hacen por sumas tan reducidas que apenas pueden salvar con ellas las más insignificantes dificultades que se les presentan en el orden económico.

Frente al problema así planteado surge el interrogante de si el empleado u obrero para una remuneración suficiente para hacer frente a las necesidades diarias y las de su familia (alimentos, vestido, vivienda, educación de sus hijos, herramientas de trabajo, etc.) y si puede ahorrar para el caso eventual de tener que afrontar un período de desocupación durante su vida productiva, para cog

tear sus gastos como consecuencia de una enfermedad o para prevenir el desamparo en la época avanzada de su existencia, en la vejez o en la invalidez.

Se ha visto en muchos casos, por no decir en general, que el ahorro individual no llega a cubrir todos aquellos riesgos y aun así el más terrible de todos, la muerte prematura. Sin embargo los trabajadores gozan de un salario relativamente alto, la solución estaría supeditada siempre a una serie de factores adversos al esfuerzo que deben realizar para formar y acrecer las reservas del ahorro. La esperanza que la acción individual logre acumular por medio del permanente y continuado ejercicio del hábito del ahorro, llega a ser muy inferior a las exigencias que deben ser afrontadas cuando se presentan los riesgos antes mencionados.

Esta demostración indica que el ahorro individual no es solamente útil, pero ^{razonable} ~~razonable~~ en la mayoría de los casos es limitado; esa utilidad no va en general más allá de la función de cubrir las necesidades inmediatas más urgentes y sencillas, que también tienen el carácter de imprevisas. Existen diversas situaciones que pueden ser enjuicadas mediante la aplicación de las reservas servidas por el ahorro individual: enfermedades, vejez, adquisiciones para el hogar, y en algunos casos alcanza hasta el logro de la vivienda propia, dadas las facilidades que ofrece el crédito hipotecario. En cambio, cuando ciertos eventos modifican fundamentalmente la existencia del ser humano, correspondiendo a fondo la constitución económica del grupo familiar, el ahorro individual resulta insuficiente y debe recurrirse al seguro.

El seguro puede soportar estos acontecimientos ciertos o inciertos que afectan al hombre, porque está basado en el principio de la mutualidad: uno para todos y todos para uno. Este principio, que es también el de asociación de los individuos, se produce en el seguro, ya en forma inconsciente por parte del asegurado, en el caso de tomar un seguro en una entidad comercial, o consciente, en el caso de hacerlo en una cooperativa o mutualidad. Sea en una u en otra forma, hace recaer sobre el grupo o colectividad las consecuencias de un riesgo, no gravitándose directamente sobre el individuo perjudicado.

De ahí, que el seguro encierra un principio de solidaridad y constituye una de las formas más evolucionadas de la previsión, mientras que el ahorro representa el individualismo y la escuela primaria de la previsión.

La conclusión a que se arriba después de haber examinado el ahorro y el seguro de vida como medios individuales de previsión, no puede ser más clara. El ahorro como sistema de previsión individual es de vital importancia para el individuo, para cubrir un futuro mediano o inmediato de sus necesidades más primordiales y de montos limitados; el seguro, en cambio, está llamado a cubrir necesidades y riesgos mayores y cuyo monto no puede fácilmente alcanzarse con el ahorro individual por el plazo que requiere y las eventualidades a que está expuesto. Por consiguiente, no son compatibles, y en cambio se complementan, pudiendo repetirse lo que ya se dijo en la Conferencia Internacional del Ahorro: que no debe hablarse de ahorro o seguro, sino de ahorro y seguro.

3.- Función social del seguro de vida.

La independencia moral y material del hombre, tan necesaria, no se logra sin respaldarla económicamente, sin ponerla a cubierto de las eventualidades a que está expuesto; de ahí que deben crearse medios de provisión para que aquél pueda prever los riesgos a que está expuesto y afrontar la vida con soltura, seguro en su porvenir.

No concibiéndose al individuo aislado, sino como célula de la familia, y ésta a su vez, base de toda organización del Estado, tanto en lo económico como en lo político, protegerla, fortificarla, elevarla, significa mejorar la sociedad.

Es el seguro de vida uno de los medios que procura amparar la familia en la eventualidad de hechos fortuitos que ocasionen un daño. Este puede ser moralmente irreparable, pero económicamente el seguro le es de utilidad al impedir la caída material en la miseria.

El seguro de vida contribuye así a desarrollar el espíritu de solidaridad de la familia, protege al individuo, y es por ello que el Estado no puede permanecer indiferente ante esta institución. Debe mediante leyes adecuadas intervenir en su difusión y fomento, controlar y fiscalizar todo lo que se realiza en este aspecto y participar activamente en su mejoramiento.

El alcance y extensión de los beneficios que concede el seguro de vida es extraordinariamente extenso, pues no se limita como muchos creen al riesgo de muerte, sino que acude en ayuda del individuo cuando sufre una incapacidad, ya sea parcial o total para el trabajo, protegiéndolo mediante una renta.

A su vez, cuando su capacidad productiva decae

por la acción de los años, el seguro sale en su ayuda para asegurarle el bienestar de su vejez, y también, invadiendo el campo no solamente económico sino social, lleva a garantizar la educación de los hijos mediante planes educacionales adecuados. Asimismo, protege el hogar y la unidad de la familia al cubrir las deudas hipotecarias contraídas con motivo de préstamos para la edificación de la casa propia.

El seguro deja así de ser una institución de interés privado y adquiere proyecciones cada vez mayores en el campo social, en virtud de los beneficios y seguridades que ofrece especialmente a la clase trabajadora.

Desde el punto de vista moral, no existe institución más benéfica, ya que encierra en sí el espíritu altruista que solamente se forja con la educación y el amor a la humanidad. De ahí que puede sostenerse que fomentar el seguro es educar, crear el concepto de la responsabilidad, el espíritu de solidaridad en el hogar, fomentar la unión de la familia, base de la sociedad, y contribuir al bienestar general del Estado.

Si consideramos desde otro ángulo al seguro de vida, observamos que da lugar a la acumulación de importantes capitales que pueden ser colocados en inversiones provechosas no sólo para los propios asegurados, sino para la sociedad en general. La construcción de viviendas colectivas, de caminos, de escuelas, de hospitales, etc., solamente puede efectuarse mediante la utilización de grandes reservas de dinero. La intensificación del seguro ha de contribuir a lograrlas y conjuntamente con los fondos provenientes del ahorro y otros medios de previsión, constituirán los fondos que se utilizan en las más variadas formas en beneficio de la colectividad.

Por otra parte, lograr que el pueblo por sí mismo, con sus recursos, apartando parte de sus ingresos, provea

las eventualidades a que está expuesto, es lograr la independencia moral y económica del individuo que coopera en esa forma con el Estado, ya que no lo debe esperar todo de éste. Lo por eso también, que lograr la extensión del seguro de vida, en sus más variadas formas, resulta un eficaz y valiosísimo complemento de las leyes sociales que actualmente amparan a la población, contribuyendo así, a asegurar la tranquilidad y economía del hombre que trabaja, principio y fin de toda actividad.

REPUBLICA
DE EL SALVADOR
SAN SALVADOR

C A P I T U L O II

Clasificación de los seguros de vida

- 1.- Clasificación en general:
 - a) Seguros de vida sociales
 - b) Seguros de vida voluntarios
- 2.- Clasificación en particular.
- 3.- Planos de seguros de vida.

1.- Clasificación en general.

La denominación genérica de seguro de vida, incluye por sí sola todos aquellos riesgos que amenazan de algún modo la vida humana. Es por ello indispensable establecer su clasificación para ubicar en ella los distintos tipos de seguro de vida, señalar las características más destacables de cada uno de ellos y abordar luego el estudio de lo que comprende de este trabajo.

Al tratar la previsión en general, hemos admitido su división en dos grandes grupos: previsión individual y previsión social. Al establecerla, hemos dado sus fundamentos, basándonos principalmente en la mayor o menor intervención del Estado, en el mayor o menor esfuerzo del individuo y en el carácter obligatorio o facultativo que reviste la misma.

El seguro de vida admite también una división en dos grupos principales, que los podemos denominar:

- a) Seguros de vida sociales, y
- b) Seguros de vida voluntarios.

El primer grupo comprende aquellos seguros de

tipo social en los cuales el Estado es su principal promotor. Las características principales de estos seguros, las señala su carácter obligatorio; la contribución importante que realiza el Estado para su financiación, y la falta de contrato o póliza que regle las obligaciones de las partes (asegurado y asegurador), ya que dichos seguros se implantan, se modifican y se derogan por leyes que a su vez son reglamentadas por el Poder Administrador.

Los seguros que comprende este grupo, y siempre dentro del alcance amplio dado al concepto seguro de vida al comienzo de esta capítulo, son los de muerte, invalidez, vejez, enfermedad, incapacidad parcial y permanente, incapacidad total y permanente, accidentes, etc.; seguros todos ellos comprendidos en nuestro país en las regimenes jubilatorios de las distintas cajas de jubilaciones que forman el Instituto Nacional de Previsión, como así también, el seguro de vida obligatorio del personal del Estado establecido por las leyes 13.002. y 14.003 a cargo de la Caja Nacional de Ahorro Postal.

El segundo grupo, seguros de vida voluntarios, denominados así, por tratarse de seguros que cubren individualmente a una persona o a varias en forma colectiva y por constituir seguros que en general son a favor de individuos que buscan voluntariamente una protección, ya sea en previsión de los acontecimientos imprevisibles o posibles a que están expuestos; por resultarles insuficiente la protección que poseen en los seguros que hemos denominado sociales, ya por desear invertir parte de sus ingresos en un medio previsor que les permita proteger en mayor grado a su familia.

Las características que sobresalen al considerar estos seguros son: su carácter voluntario; la de estar su prima a cargo exclusivo del asegurado y la de dar lugar

emisión de pólizas donde se estipulan las condiciones contractuales que reglan el seguro durante la vigencia del mismo.

Otra diferencia no menos importante entre los seguros de vida denominados sociales y los voluntarios es que, mientras los primeros están a cargo exclusivo del Estado, los segundos pueden presentar alguno de estos tres caracteres: a cargo exclusivo del Estado, a cargo exclusivo de entidades privadas, y a cargo del Estado y de entidades privadas, simultáneamente.

Sobre las particularidades que ofrecen estos regimenes en los distintos países, y que atañe a la política del seguro, nos ocuparemos en el capítulo correspondiente.

Considerados desde otro punto de vista los seguros que comprenden ambos grupos, podemos aseverar que ambos cumplen un fin social y económico de trascendental importancia para la población de un país. Ambos sistemas se complementan y llenan una sentida necesidad. Los sociales protegen a las clases que viven del fruto de su trabajo, evitando que un acontecimiento imprevisto o la vejez provoquen el desamparo o la indigencia. Los seguros de vida voluntarios despiertan en el individuo el concepto de la responsabilidad para con los suyos y hacen del hombre un ser altruista y previsor al invertir parte de sus ingresos para tan nobles fines.

Por la circunstancia señalada, considero que, así como el Estado, en aras de un interés superior y en cumplimiento de una de sus principales funciones cual es la de promover el bienestar general, trata mediante leyes adecuadas de amparar al hombre que trabaja, para que mejore su capacidad intelectual y de trabajo y obtenga para sí y su fa-

milia mayores ingresos y un mejor bienestar, debe también tratar de que el individuo sea previsor y proteja a su familia con sus propios recursos, evitando los gastos superfluos y amparándose con planes de seguros individuales, conforme a sus necesidades y posibilidades económicas.-

En esta forma el individuo-como ya lo hemos señalado- contribuye y complementa la obra de previsión que realiza el Estado mediante la extensión de los seguros que hemos denominado sociales.

2.- Clasificación en particular.

Efectuada la clasificación general de los seguros de vida, y establecida someramente la diferenciación y particularidades principales de los seguros sociales y voluntarios, estamos en condiciones de abordar la clasificación y estudio de estos últimos, que corresponden precisamente al tema de este trabajo.

La clasificación que puede realizarse de los seguros que hemos denominado voluntarios, con el fin de facilitar su estudio y sin apartarnos de sus particularidades técnicas y de explotación, es la siguiente:

1°.- Según el riesgo que cubren, los podemos denominar:

a) Seguros en caso de muerte: en los cuales los beneficios del contrato se hacen efectivos al fallecimiento del asegurado.

b) Seguros en caso de vida: que tienen por objeto la entrega de un capital siempre que el asegurado llegue con vida al término de un período establecido, o el pago de una renta o pensión periódica mientras el rentista o pensionista viva.

c) Seguros mixtos o detalles: son una combinación de los seguros de muerte y de vida, ya que el capital es pagado a los beneficiarios al fallecer el asegurado si ocurre antes de finalizar el período estipulado, o al mismo asegurado, al término de dicho período, si llega con vida.

d) Seguros especiales: si bien este término no está adoptado, se puede emplear para denominar otros planes que tienen las características de los seguros de muerte y de vida amalgamados entre sí, mediante variadas combinaciones que impiden clasificarlos en uno de los tres grupos citados anteriormente, que, como veremos luego, incluyen características perfectamente definidas.

2°.- Según que cubran una o más cabezas pueden clasificarse así:

a) Seguros sobre una cabeza. Se pagan por el fallecimiento de una sola persona asegurada.

b) Seguros sobre dos o más cabezas. Aseguran dos vidas y se pagan cuando muere cualquiera de ellas, a favor de la otra.

3°.- Según el número de personas que ampara la póliza pueden ser:

a) Seguros individuales, y

b) Seguros colectivos.

4°.- Según los requisitos médicos que deben cumplir los asegurables y el método empleado para seleccionar los riesgos, los seguros se dividen en:

a) Seguros sin requisitos médicos, y

b) Seguros con requisitos médicos.

5°.- Según las cláusulas adicionales que se otorgan, los seguros de vida pueden ser:

a) Seguros con cláusulas adicionales, y

b) Seguros sin cláusulas adicionales.

Estamos en condiciones de considerar ahora las características y planes que comprende la clasificación realizada, sin pretender agotar su enumeración, ya que el seguro se comporta conforme a bases matemáticas y por lo tanto, respetando las mismas, se puede establecer una variedad enorme de contratos para cubrir las distintas necesidades.

a) Seguros en caso de muerte: Como ya hemos manifestado, son aquellos en los cuales la suma estipulada en la póliza, se abona al fallecer la persona asegurada.

Los planes comunes en esta rama son:

i) Seguros de vida entera: cubren el riesgo de fallecimiento del asegurado durante toda su vida. A su vez, se pueden dividir según la forma de pago de sus primas en:

a) A prima única: Si el asegurado, al emitirse la póliza, paga en un solo importe el total de todas sus obligaciones. A partir de ese momento sus obligaciones cesan y, en cambio, el asegurador queda obligado a abonar la suma asegurada a su fallecimiento. Esta forma de seguro sólo es posible y útil para aquellas personas que poseen mucho dinero disponible y buscan más bien una inversión.

b) A primas periódicas: cuando las primas son pagadas al principio de cada período (mensure, trimestre, etc.) durante toda la vida del asegurado o en el plazo preestablecido, y se denominan:

1°) Ordinario de vida: cuando las primas periódicas se abonan mientras viva el asegurado, y

2°) De vida entera en pagos limitados: cuando las primas se pagan siempre que viva el asegurado, durante un número determinado de años, es decir, hasta finalizar el período.

do convenido (10, 20, 25 años, en general) o al alcanzar una edad indicada, que oscila entre los 60 y 70 años, en la gran mayoría, a partir del momento en que se paguen las primas en vencidas, cesan las obligaciones del asegurado, continuando el contrato en todo su vigor hasta el fallecimiento del asegurado, ocasión en que los beneficiarios reciben el capital.

3°. Seguros temporarios o temporales o a término: cubren el riesgo de muerte del asegurado durante un lapso determinado de tiempo (1 ó más años, comúnmente de 5 a 10 años); finalizado el plazo y si el asegurado continúa con vida, cesan sus efectos y el asegurador queda liberado de la obligación de abonar suma alguna. Como en los seguros de vida entera, el pago de las primas puede ser a prima única o periódica, aun cuando debe hacerse la salvedad de que los pagos limitados son muy poco empleados en este plan.

Es necesario hacer una aclaración respecto a las primas periódicas. En general, este término se emplea para significar primas anuales, entendiéndose que el pago en fracciones de año es sólo una facilidad que se da al asegurado para el pago de las primas.

4°. Seguros a capital variable: cubren una suma asegurada creciente o decreciente, conforme a las necesidades del asegurado o a las del riesgo, y pueden a su vez dividirse en:

a) Seguros a capital creciente: como su nombre lo indica, la suma asegurada crece con el tiempo en proporción a una escala establecida. Pueden aplicarse en los casos de riesgo anualmente, en que los efectos de la tasa disminuyen con el tiempo.

b) Seguros a capital decreciente: en los que la suma asegurada decrece a medida que transcurre la vigencia del contrato, según la escala convenida. Esta categoría de contratos comprende un tipo especial que tiene cada día mayor aceptación: el seguro de saldo hipotecario. Este tiene por fin

subrir el saldo de una hipoteca o sustituir al asegurado en el pago de las serviduos, en caso de su fallecimiento. Como se puede apreciar, es un seguro eminentemente social, ya que asegura a la familia la habitación, en caso de faltar el propietario jefe del hogar.

b) Seguros en caso de vida: Estos seguros que, como su nombre lo indica, basan sus beneficios en la vida del asegurado, comprenden dos grandes grupos que estudiaremos separadamente.

I.- Capitales diferidos o dotales puros:

Estos contratos estipulan la entrega del capital al vencimiento del término fijado, siempre que el asegurado llegue con vida.

Las características de estas pólizas significan que el asegurado pierda los premios abonados en caso de fallecer antes del ^{ALTERNAN} _{CALENDARIO} vencimiento del período. Para obviar este inconveniente se han ideado los capitales diferidos con devolución a los derecho-habientes de las primas abonadas en caso de fallecimiento del asegurado. Esta devolución es un seguro creciente de muerte por el importe de los premios.

La finalidad que se persigue con los capitales diferidos es la constitución de un capital en una fecha determinada.

En los planes de seguros en caso de vida no se exige el examen médico obligatorio, debido a que el fallecimiento del asegurado representa un beneficio para el asegurador.

II.- Rentas vitalicias: En las rentas vitalicias el asegurador se compromete a abonar al asegurado, periódicamente, mientras viva, una suma determinada.

Las diferentes rentas vitalicias son las siguientes:

a) Renta vitalicia ordinaria: El asegurado abona una prima única y recibe una renta periódica mientras esté en vida.

b) Renta vitalicia temporaria: Es también a prima única, y la renta es percibida mientras se esté en vida, pero a lo sumo durante el plazo estipulado.

c) Renta vitalicia diferida: En este contrato el asegurador paga las rentas después de un determinado número de años.

d) Renta vitalicia garantizada: Para evitar que el asegurado, pensionista o rentista, que puede fallecer en los primeros años de entrar a gozar de la renta, pierda así un capital elevado, se emiten rentas garantizadas por las cuales los dichos pagos se efectúan durante un determinado número de años como mínimo, que oscila entre 5 y 20 años. En caso de fallecer el rentista, las rentas son entregadas a sus derecho-habientes.

e) Renta vitalicia con devolución de saldo de compra: Tiene por objeto la entrega de la diferencia entre el importe de la prima y el de las rentas abonadas al fallecimiento del pensionista.

f) Seguros mixtos o dotales: Los seguros mixtos o dotales, como se denominan comúnmente en la República Argentina, son aquéllos en que la suma asegurada es abonada a los derecho-habientes o beneficiarios instituidos en caso de fallecimiento del asegurado, o a éste si llega con vida al vencimiento del contrato. Se desprende de ello que se trata de un seguro temporario de muerte por el plazo del seguro, combinado con un capital diferido, que vence

al cabo de dicho plazo.

Este tipo de seguro es el que se halla más difundido entre nosotros, ya que constituye un elevado porcentaje del conjunto de las cartaras existentes en la República Argentina.

Sin duda, es también el plan que más se adapta a la explotación intensiva, debido a que en caso de fallecimiento asegura una suma mínima, que no se puede ahorrer en los primeros años. Además, si el asegurado llega con vida al final del plazo, percibe esa suma que puede emplear en la adquisición de un bien, o para constituir un fondo de provisión contra contingencias futuras.

Los planes de seguros dotales o mixtos más empleados son los siguientes:

I.- Seguros dotales a n años: Son los más difundidos. Por la letra n se ha expresado el número de años que dura el seguro. Los plazos más comunes varían entre 10 y 20 años. En este caso el plazo está fijado de antemano, y, por lo tanto, el asegurado cobrará su importe cuando transcurra el mismo, o sea que habrá alcanzado una edad que es la suma de la que tenía al contratar el seguro más el plazo. Por ejemplo, si el seguro es contratado a la edad 24, en el plan dotal a 20 años, el seguro vencerá cuando el asegurado tenga la edad de 44 años.

II.- Seguros dotales con vencimiento a la edad x: Estos seguros vencen cuando el asegurado ha alcanzado una edad determinada, que oscila entre los 60 y 70 años. Tiene la ventaja sobre el otro plan de que los plazos son más largos y de que si el asegurado tiene interés en poseer un capital a determinada edad, no tiene más que elegir la edad en que se desea retirar. Supongamos una per

sona de 23 años que piense constituir un capital para retirarse del trabajo a la edad de 65. No tiene más que solicitar el plan total con vencimiento a la edad 65. Como se puede observar, el plazo es de 42 años (65 - 23).

Los seguros totales pueden contratarse también a prima única, o a primas periódicas durante toda la vigencia del contrato o de parte de la misma.

4) Seguros especiales

Los planes que se pueden incluir bajo este rubro son numerosos.

Daremos aquí una breve reseña de los más importantes.

I.- Total a doble capital o a capital doblado: Por este seguro se garantizan los beneficios siguientes:

a) La suma asegurada en caso de que el asegurado fallezca.

b) Igual suma si llega con vida al vencimiento del plazo estipulado, durante el cual se pagan las primas, en general, entre 10 y 25 años.

Esto significa que posee las características del ordinario de vida a pagos limitados y del capital diferido. Por ejemplo: sea una persona de 23 años que tome este seguro a 20 años. Si fallece antes de la edad 45, sus derechos habientes reciben el beneficio estipulado. Pero si al cumplirse los 20 años de vigencia del contrato el asegurado vive, éste cobra entonces el capital y continúa asegurado sin más pago de primas, y a su deceso, el asegurador paga otro capital igual a sus beneficiarios.

El mismo plan existe con esta otra característica: si el asegurado fallece antes de alcanzar los 45 años de edad, se paga la suma asegurada a sus derecho-habientes,

y si llega con vida a esa edad, cobra el doble de la suma asegurada. Este caso ofrece la característica de un temporario por 2 años y de dos capitales diferidos. Las primas, como es lógico, difieren considerablemente, de acuerdo con la edad y el plazo.

II.- Seguro a término fijo o dotales a término fijo: Por este plan la suma asegurada se paga siempre al vencimiento del plazo, ya sea que el asegurado fallezca durante el plazo o llegue con vida al término del mismo. Es plan adaptable a ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando una persona debe pagar un capital en una fecha fija para saldar una deuda hipotecaria. Este caso, si bien no es común en la Argentina, es común mucho en Estados Unidos.

III.- Seguro total para niños o seguro educacional: Es un seguro por el cual un asegurado, generalmente padre del niño, paga las primas y el capital es entregado al niño en una fecha estipulada, cuando éste alcanza a los 18 o 25 años de edad.

Si el padre fallece, el seguro queda sellado por el monto total, y el capital es entregado al niño al cumplirse el plazo fijado. Si por el contrario fallece el niño, se puede adjudicar el beneficio a otro o se devuelven las primas pagadas.

Es un plan sumamente útil cuando el padre desea asegurar la educación de su hijo, y también contiene disposiciones por las cuales el asegurado puede exigir que el pago de la suma asegurada se haga en forma de renta.

IV.- Dotales a término fijo con renta post-mortem: Este plan ofrece iguales características que el anterior, con el agregado de que en caso de fallecimiento, los derecho-habientes reciben una renta mensual hasta el momento en que les es

responda recibir el capital asegurado.

V.- Dotales con resultados múltiples: En general los planes que llevan en su denominación las palabras "resultados múltiples", significan que se trata del plan principal del mismo nombre y con diversas opciones al vencimiento, es decir, que el asegurado tiene derecho a optar por una de ellas, en lugar de recibir directamente la suma asegurada. Algunas de estas opciones consisten en continuar asegurado empleando la totalidad o parte del capital como prima única del nuevo seguro y, en este caso, el resto en efectivo, o recibir el capital.

2°.- Seguros sobre una o más cabezas. Según que el seguro de vida cubra el riesgo por la muerte de una sola persona, o dos o más en forma mancomunada, se establecen estos dos tipos de contratos:

- a) Seguro sobre una cabeza.
- b) Seguro sobre dos o más cabezas.

a) Seguro sobre una cabeza. Cuando la póliza está destinada a garantizar cierta suma por el fallecimiento de una sola persona, es decir, que está en juego únicamente, la probabilidad de vida o muerte de un asegurado, este tipo de seguro se denomina "sobre una cabeza".

Corresponden a este clase de seguros los que hemos considerado en el apartado anterior.

b) Seguro sobre dos o más cabezas. El contrato mancomunado de seguro permite asegurar dos o más vidas, cada una en favor de la otra. Es el llamado seguro sobre dos o más cabezas, o póliza mancomunada de vida.

Existe bajo la misma forma, la posibilidad de asegurar más de dos personas en mancomún, pero por las complicaciones que significan tales contratos, como en el caso del

retiro de una de las partes, no despiertan mayor interés en los aseguradores. En virtud de ello, lo más usual es formalizar el contrato no mancomunado en el seguro más de dos vidas.

La póliza referida puede suscribirse en las formas ordinarias de vida, de pago limitado, y total.

Si se trata de la primera forma, la ordinaria de vida, o la de pago limitado, corresponde el pago del seguro al sobreviviente a la muerte de uno de los dos asegurados. Con esto se extingue la póliza, y por lo tanto, no subsiste de ella ningún seguro en vigor para el sobreviviente.

En el caso de un seguro total, rigen las mismas condiciones para esta forma de póliza, con la excepción de que el importe contratado debe pagarse a los dos asegurados, si viven al final del período establecido.

Por los caracteres de esta póliza, ella reviste interés para el seguro de sociedades, en virtud de que resulta más económica que dos pólizas separadas. Corre así, porque, no obstante efectuarse el pago al morir una de las dos personas mancomunadas, tal operación se hace a la muerte de la primera, por una sola vez, quedando la póliza extinguida. Si se tratara de dos pólizas, habría que hacer, en definitiva, los pagos según cada una de ellas.

Hemos dicho que para las sociedades, la forma menos cara de seguro de vida es la mancomunada. En efecto, como el propósito del seguro de sociedad es el de garantizar al socio superstita una cantidad suficiente para pagar el interés en el negocio del socio fallecido, finalidad a que se llega al realizarse el pago en ocasión de la muerte de uno de ellos, la forma de contrato mancomunado es la

más atractivos, dado que las primas se satisfacen con fondos obtenidos de las utilidades de la prima social.

5.º. Seguros de vida individuales y colectivos.

a) Seguros de vida individuales. Denominaremos seguros de vida individuales aquellos en los que la póliza ampara a una sola persona; es decir, son los seguros que voluntario e individualmente toma un asegurable. Estos seguros pueden revestir cualesquiera de las características enumeradas en la clasificación ya efectuada, de los seguros de vida voluntarios.

b) Seguros de vida colectivos. Se denominan seguros de vida colectivos aquellos que comprenden a varias personas, es decir todo seguro cuya póliza cubre la vida de varios individuos simultáneamente.

Este seguro posee características especiales y ofrece importantes ventajas tanto para el asegurado como para el asegurador, las cuales pueden sintetizarse así:

- 1º) No se exigen requisitos médicos.
- 2º) No se fija límite de edad para su incorporación.
- 3º) La prima es reducida y a la vez económica.
- 4º) El pago de la prima se realiza en forma mensual y por intermedio del empleador.
- 5º) No requiere la emisión de pólizas individuales.
- 6º) No da lugar a la constitución de reservas matemáticas.
- 7º) Puede tomarlo el empleador para cubrir las obligaciones que le fija la ley 1173.
- 8º) Permite que el empleador participe en el pago de la prima.
- 9º) La prima no es individual, sino prima media.

1 10°) Requiere un número mínimo de asegurados.

11°) Cubre los riesgos de muerte y de incapacidad total y permanente.

Pasaremos a analizar en forma sucinta cada una de las características y ventajas puntualizadas.

1°)-Como ya hemos señalado en otro capítulo de este trabajo, los seguros de vida requieren el cumplimiento por parte del asegurado de requisitos médicos (examen médico e declaración de salud). Los seguros de vida colectivos constituyen la excepción, pues no se requieren estos requisitos. Esta excepción tiene su fundamento. El seguro de vida colectivo compranta un número de empleados u obreros al servicio activo de un empleador. El estar al servicio activo significa que el empleado u obrero a asegurar está trabajando, es decir, concurre diariamente a su empleo u ocupación. Esta circunstancia hace presuponer que el empleado goza de una salud que lo hace asegurable. No correspondería en cambio técnicamente incorporar al beneficio de que hablamos a aquellos empleados que a la fecha de entrar a regir el seguro se hallan ausentes de su trabajo en uso de licencia por razones de salud o por otra causa.

Tiene mucha importancia en este tipo de seguro, a los efectos del aseguramiento del grupo, la relación entre los empleados que se incorporan al seguro y los que no lo hacen, en el caso de que el seguro colectivo no se tome para la totalidad del personal del empleador. Obvio es decir que no es lo mismo asegurar solamente a 100 empleados de una firma comercial que cuenta con 500, que asegurar 400 de esta última cantidad o asegurar su totalidad. Para evitar la anti-selección, que se produce en estos casos, se fijan porcentajes mínimos y se exigen ciertos requisitos médicos para aque-

llos que desean incorporarse al seguro con posterioridad a su vigencia inicial y que pudieron haberlo hecho en esa fecha. Asimismo, a los nuevos empleados que se incorporan al servicio del empleador y no se aseguran dentro de un plazo que varía generalmente entre 1 y 3 meses, también se les exigen requisitos médicos, si solicitan su incorporación con posterioridad al plazo fijado en la póliza.

3°) Muchos de los fundamentos del punto anterior son de aplicación en éste. El empleo o la ocupación son los que establecen indirectamente el límite de edad. Si un obrero de avanzada edad está aún trabajando, esta sola circunstancia hace al individuo asegurable. Cabe hacer notar, sin embargo, que algunas entidades aseguradoras han limitado a los 60 años de edad la incorporación de asegurados a este tipo de póliza. Señalaremos también, que la extensión del régimen jubilatorio a todas las actividades ha dado lugar a que pocas sean los empleados o obreros que sobrepasen la edad de 60 años y continúen trabajando.

3°) La circunstancia de tratarse de un seguro anual y no dar lugar a la constitución de reservas matemáticas, hace por esta sola circunstancia que la prima sea reducida. Se asíntase económica por no originar esta clase de seguros ciertos gastos como los de examen médico, emisión individual de pólizas, cobranza directa de primas y especialmente por abonarse al intermediario de la operación una comisión mucho más reducida que la que se paga en los seguros individuales.

4°) Una de las características principales del seguro colectivo, es precisamente la de abonarse las primas mensualmente. El empleador deduce de los haberes del empleado la prima correspondiente, ingresándola al asegura-

der en forma global. Esta característica no solamente facilita el pago de la prima al asegurado, sino también evita la ca ducidad por falta de pago de prima, muy común en los seguros individuales.

5°) El seguro colectivo es un contrato que da lugar a la emisión de una póliza a nombre del empleador, que toma generalmente el nombre de Principal. Es el empleador la parte contratante, y el empleado un tercero beneficiario de la operación. El empleador adquiere una serie de obligaciones con el asegurador, es por ello que el seguro colectivo da lugar a la emisión de una sola póliza a nombre del Principal. Sin embargo, se norma entregar a cada persona comprendida en el seguro un certificado, donde consta su incorporación, como así también el capital asegurado y las características principales del seguro que la ampara.

6°) El seguro colectivo de vida no es, como el seguro individual, un seguro de prima ^{EXCELSION} ~~uniforme~~ nivelada, donde el asegurado paga durante toda su vida o durante un número de años preestablecido una prima uniforme. El asegurador, en los seguros individuales, cobra más primas en los primeros años, cuando la edad del asegurado es menor para compensar la menor prima que percibe en la segunda etapa de la vigencia del seguro. En el seguro colectivo, la prima que abona el asegurado es la real, es de vir, es la que corresponde abonar al grupo asegurado de acuerdo con su edad, modificándose anualmente al aumentar la edad de las personas comprendidas en el seguro. Pero cabe hacer notar que la prima que abona el asegurado no es la que le corresponde individualmente, conforme a su edad, sino que paga la que establece la póliza para todo el grupo, es decir, la prima media. Por las razones expuestas, el asegurador no constituye reservas matemáticas, por tanto de primas que cubran el riesgo corrido durante el tiempo

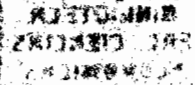
que el seguro se mantenga en vigor; y rescindiendo la póliza, o renunciando al asegurado al seguro por cualquier causa, se le da derecho a la percepción de valores de rescate, por cualquiera de dichas pólizas no los tienen.

7º) Con motivo de la ley 11729, el artículo 157, inciso 3, del Código de Comercio quedó redactado en la siguiente forma:

"Inc. 3º: En caso de muerte del empleado, el cónyuge, los descendientes y los ascendientes, en el orden y en la proporción que establece el Código Civil, tendrán derecho a la indemnización por antigüedad en el servicio, limitándose para los descendientes a los menores de 22 años, y sin término de edad cuando estén incapacitados para el trabajo; a falta de estos parientes, serán beneficiarios de la indemnización los hermanos, si al fallar el empleado viven bajo su amparo, y ^{dentro de} ~~dentro de~~ los límites fijados para los descendientes. Se deducirá del monto de la indemnización lo que los beneficiarios recibían de cajas o sociedades de seguros por actos o contratos de previsión realizados por el Principal".

Esta disposición ha dado origen a que el seguro colectivo logre una nueva aplicación y una mayor difusión. Por ello muchas empresas tienen en vigor dos seguros colectivos independientes, uno tomado por el patrón y a su exclusivo cargo, para cubrir las indemnizaciones que por muerte le corresponde abonar a los herederos del empleado fallecido, y el otro tomado por los empleados con fines de previsión. Otras empresas, en cambio, toman una sola póliza para ambos efectos, es decir, que los empleados u obreros están protegidos por un capital cuyas primas pagan conjuntamente

te el empleado y el empleador. En este caso, es decir, cuando la prima está a cargo de ambas partes, el empleador cubre con ella las obligaciones de la ley 11729, con la parte de su prima, mientras que el beneficiario instituido por el asegurado cobra la parte proporcional a las primas pagadas por éste. De esta manera, al fallecer un empleado recibirán sus herederos el importe de la indemnización establecida por la ley 11729 por vía del seguro, y el mismo heredero o beneficiario especialmente designado, la parte de seguro tomado por el empleado asegurado. Se comina también que el empleador se haga cargo de la totalidad de la prima; es decir, no solamente de la parte de capital que toma en cumplimiento de la Ley 11729, sino también de la totalidad del mismo, en cuyo caso el heredero es también beneficiario del remanente. Para concretar dichos propósitos, se insertan en la póliza de seguro de vida colectivo los siguientes supuestos, según el sistema adoptado:



1º) Caso en que el empleador toma el seguro, paga totalmente la prima y el asegurado designa beneficiario para el remanente:

En virtud de que el principal ha concertado este seguro para cubrir las obligaciones emergentes del artículo 157, inc. 5º del Código de Comercio, en caso de producirse el fallecimiento de algún asegurado, el importe del seguro se liquidará directamente al principal, a los efectos de que éste lo destine al cumplimiento de dichas obligaciones.

En caso de que el importe del seguro excediere a tal indemnización, el principal deberá pagar el remanente al beneficiario designando en el respectivo certificado individual.

El asegurador....podrá intervenir ante cual -

quier reclamación que se formule con motivo de cuestiones que pudieran suscitarse entre el principal y los herederos del asegurado o beneficiarios del remanente, relacionada con el pago de algún siniestro.

2º) Caso en que el Principal abona solamente una parte de la prima. Debido a que el Principal toma a su cargo el pago de las primas a fin de destinar la parte correspondiente del seguro para cubrir las obligaciones emergentes del artículo 157 Ins. 2º del Código de Comercio, en caso de producirse el fallecimiento de algún asegurado, el importe total del seguro será liquidado directamente al Principal, a los efectos de que éste le aplique, dentro de la proporción de las primas a su cargo, el cumplimiento de dichas obligaciones.

En caso de que el importe del seguro a cargo del Principal excediera de tal limitación, el Principal deberá abonar el remanente -conjuntamente con la cantidad de seguro cuyo costo está a cargo del asegurado- al beneficiario designado en el respectivo certificado individual.

El asegurador podrá intervenir ante cualquier reclamación que se le formule con motivo de cuestiones que pudieran suscitarse entre el principal y los herederos del asegurado o beneficiarios de remanente, relacionadas con el pago de algún siniestro.

Como puede observarse, si bien no todas las pólizas y endosos de los aseguradores de plaza lo establecen, el endoso transcriptorio no permite que el empleador perciba una utilidad con el seguro a causa de la muerte de un empleado; utilidad ésta que se produciría si el capital asegurado que abona la entidad aseguradora, fuera mayor de la

entidad que le corresponde al empleador abonar como indemnización por el artículo 137, inc. 8° del Código de Comercio. Para evitar esta situación el endoso establece beneficiario del eventual excedente, al beneficiario instituido por el asegurado.

Además, el asegurador se reserva el derecho de intervenir en el caso de que no se diera cumplimiento a las estipulaciones pactadas, ya que por la circunstancia de ser el empleador el que hace efectivo el pago del siniestro por cuenta del asegurador, no debe este desentenderse de cualquier cuestión que pudiera suscitarse entre el beneficiario o heredero del causante y el empleador con motivo del pago del seguro.

La expresión Principal incluye las denominaciones de empleados, mutualidad asociación, etc., entendiéndose todas ellas que pueden tomar seguros para sus empleados, afiliados o asociados.

RENTAS
CANTON DE
VALDIVIA

8°) La circunstancia de que sea el empleador el contratante de este tipo de seguro y que deba él intervenir indefectiblemente en la operación, aún en los casos de tratarse de un seguro colectivo tomado voluntariamente por un grupo de empleados al servicio de un empleador, ha dado lugar a que el empleador se interesara en beneficio del empleado y su familia, contribuyendo para el pago del seguro. Tanto es así que hoy día existe una apreciable cantidad de empresas que cuentan con este tipo de seguro para sus empleados, abonando aquellas parte o la totalidad de la prima y sin que ello signifique que queden eximidos de las obligaciones de la ley 11729. De forma así una corriente de entendimiento y armonía entre empleador y empleado, que resulta no sólo de beneficio para éste sino tan

bién para aquél, ya que a la postre favorece la producción.

9°) Como ya hemos adelantado en el punto sexto, la prima que corresponde abonar a cada uno de los empleados incorporados a un seguro colectivo no es individual, de acuerdo con su edad, sino que es la prima media que corresponde al grupo de asegurados. Este sistema ha dado lugar a críticas de asegurados jóvenes, por sostener que deben abonar una mayor prima como consecuencia de la mayor edad de otros empleados, dando ello origen al encarecimiento del seguro. Pero esos interesados olvidan que la misma situación se presentará con el tiempo al pasar ellos a ser los empleados de más edad y otros nuevos los que deben soportar la carga. Justamente este movimiento de altas y bajas en el seguro es lo que hace que la prima media no fluctúe demasiado ni se haga prohibitiva, ya que los nuevos asegurados que se incorporan van compensando el aumento de la edad promedio que se produce anualmente con motivo del envejecimiento natural del grupo asegurado. Esta prima media por otra parte, es la que permite que individuos de edad avanzada se aseguren sin que deban abonar una prima prohibitiva como ocurriría si tomaran un seguro individual.

10°) Siendo un seguro colectivo, debe forzosamente comprender a un número mínimo de personas. La práctica y la técnica aseguradora han establecido este número en 20. Pero no es solamente este límite mínimo el que tiene importancia en la contratación de los seguros colectivos. Interesa también como ya se comentara en el punto primero del estudio de este seguro, la relación entre asegurables y asegurados y el carácter facultativo u obligatorio que reviste el seguro que se contrata. Son de fundamental importancia estos factores para evitar una antiselección que podría pro

ducirse si se admitiera un porcentaje relativamente bajo de asegurados en un seguro donde el grupo asegurable es importante. Como es lógico en estos casos, los que dejan de incorporarse son los individuos jóvenes y de buena salud, mientras que los que ingresan indefectiblemente, son los de salud precaria y los de edad más avanzada. Para evitar estas situaciones, se exige como un mínimo para hacer viable la implantación de un seguro colectivo en una empresa, que alrededor del 75% se incorporen al seguro facultativo contratado. Asimismo, se establece que durante la vigencia de la póliza, no debe bajar del 60%, aproximadamente, el número de asegurados de la empresa.

11°.-Otra de las características propias del seguro colectivo es el hecho de cubrir dos riesgos: muerte, e incapacidad total y permanente para el trabajo.

En caso de ^{2313411.283} muerte, por cualquier causa, del empleado u obrero asegurado, el asegurador deberá abonar de inmediato al beneficiario instituido, o en su defecto a los herederos legales, el importe del capital asegurado. Asimismo, si el asegurado, durante la vigencia del seguro, se incapacita total y permanentemente para el trabajo, una vez verificadas las pruebas de orden médico, el asegurador abonará una renta mensual con imputación al capital asegurado, cuyo importe será el producto de la multiplicación del capital asegurado por un porcentaje mensual y por un número determinado de años. El porcentaje mencionado suele ser en los seguros que ofrecen las empresas aseguradoras de \$n.18.- y el número de años durante el cual se abona la renta no pasa de 5.

Como podrá observarse, el beneficio de incapacidad total y permanente abonado de esta forma y limitado por el capital asegurado y deducido de él no es un riesgo más, si

no un adelanto del capital asegurado,cediente una renta vitalicia. Puede suceder, conforme a lo manifestado, que el asegurado que percibiese 60 meses incapacitado absorba la totalidad de su seguro y no solamente deje el de percibir la renta al cumplir dicho período, sino también la protección que quite obtener para sus familiares.

Esta deficiencia de la póliza de seguro colectivo, o esta forma de oferta beneficiosa, ha sido mejorada en el seguro del personal del Estado, que en virtud de su reciente reforma introducida por la ley 14.000 y el decreto n° 11.806, ha incapacitando un tiempo de otro y elevado la renta mensual por mil, de \$10.000.- a 35.-

Transcritos a continuación la cláusula del beneficio de incapacidad total y permanente que contienen las pólizas colectivas de vida, y en la cual podremos apreciar la deficiencia puntualizada ^{de seguridad}.

Cuando se ~~incapacita~~ ^{produce} la incapacidad total y permanente del empleado asegurado - dies la edad adulta - por accidente o enfermedad, antes de cumplir los 60 años de edad, la compañía, previa presentación y aprobación de las pruebas que así lo acrediten, abonará al mismo, a partir del momento siguiente de tal ocurrencia, cuotas fijas mensuales, a razón de un 1% del capital asegurado, y durante 60 meses.

En la época de la incapacidad total y permanente fuera motivada por la lesión del empleado asegurado, el importe de la indemnización mensual será abonado al asegurador del mismo, que el efecto fuere designado.

Mientras dura el pago de las cuotas mensuales, el empleado asegurado quedará eximido de la obligación de pagar el premio mensual correspondiente.

Dichas cuotas se continuarán aboniando mientras

dure la incapacidad total y permanente del empleado asegurado, y su pago se interrumpirá solamente en los siguientes casos:

a) Por haberse completado el pago de la totalidad de las cuotas mensuales.

b) Por haber desaparecido la incapacidad total del empleado, en cuyo caso, el seguro de vida de éste será rehabilitado, reduciendo su importe al saldo que resulte entre el capital asegurado y la cantidad que se hubiere abonado por incapacidad. Dicho saldo constituirá el capital a regir desde ese momento, dejándose la debida constancia en el certificado de póliza.

c) Por muerte del empleado asegurado; pero si éste hubiere percibido la indemnización mensual establecida, el total que represente dicha indemnización será deducido del capital a pagarse en caso de muerte.

4.- Seguros con o sin requisitos médicos.

Otra clasificación sumamente interesante es la de agrupar los seguros según los requisitos de orden médico que son exigidos para su contratación. Como el título lo establece, los seguros de vida pueden clasificarse en seguros sin requisitos médicos y seguros con requisitos médicos.

a) Seguros sin requisitos médicos.

Los seguros que comprenden el primer grupo, es decir, seguros sin requisitos médicos, son muy escasos, ya que todo seguro individual requiere el cumplimiento por parte del asegurable de algún requisito de orden médico para poder tomar el seguro, aun en los casos en que se establece un período de carencia para entrar en vigor y gozar de todos los beneficios del contrato del seguro tomado. Los seguros que podemos incluir en el grupo de los sin requisitos médicos son los colectivos.

que como hemos visto, no requieren requisitos médicos por parte del asegurable para su incorporación a la póliza. Pero del estudio ya realizado surge también que no en todos los casos están eximidos de todo requisito de orden médico.

Algunos casos en que se exigen requisitos médicos.— Hemos señalado que en los casos de incorporación de empleados que a la fecha de entrar en vigencia el seguro no solicitaron su incorporación, sino después de haber entrado en vigencia el mismo, como así también aquellos que al incorporarse al servicio del empleador, no lo solicitaron sino después de la fecha fijada para el alta al seguro del nuevo personal, deben cumplir con ciertos requisitos, a saber, certificado de salud, declaración de salud, etc.

También suele requerirse requisitos en ciertos casos, cuando el grupo asegurable es reducido y existe la presunción de que no lo componen personas sanas. El asegurador, en estos casos, con el propósito de no dejar la operación e privar a muchos de los interesados del seguro, los requiere una declaración o examen médico a los adherentes.

Asimismo, hay entidades que solicitan una declaración sobre su estado de salud, al interesado, antes de incorporarse al seguro colectivo. Se trata de preguntas que de ben contestar el asegurable, en su ficha individual. Creemos que tales interrogaciones no tienen objeto, y que las respuestas, cualesquiera sean, carecen de valor, sobre todo si el asegurable está prestando servicio regularmente en su ocupación. En caso de siniestro, el asegurador no podrá aducir en forma de preexistente para dejar de abonar el beneficio, aun en el caso de tratarse de un seguro colectivo facultativo.

Otros seguros que no requieren requisitos de orden médico son los denominados industriales o en grupo, que

como sabemos, son de características muy similares al colectivo.

b) Seguros con requisitos médicos.-

Al estudiar las bases técnicas del seguro, veremos el fundamento y la necesidad imprescindible de requisitos médicos para asegurar a las personas, como así también las formalidades que deben reunir dichos exámenes. Veremos aquí cuáles son los requisitos que como norma se exigen a los asegurables para ampararlos con un seguro.

Des son los tipos de requisitos que se está la exigir para la emisión de un seguro: el de declaración de salud y el de examen médico.

El asegurador establece uno u otro, según el capital con que se asegura el interesado. Hasta hace muy pocos años solamente se podía tomar un seguro sin examen médico, es decir, con una declaración de salud, por sumas no superiores a más 5.000.- Hoy ~~podemos afirmar~~ que la emisión de seguros con declaración de salud, no solamente es común por capitales de hasta 10.000 pesos, sino que se ha llegado a otorgar hasta más 15.000.-, habiéndose de elevarlos hasta 20.000.-

No es ajeno a esta nueva política, el aumento de los aranceles médicos y las dificultades que en algunos puntos del interior se tropiezan para la designación de facultativos. Son innumerables las ventajas que ofrece el seguro sin examen médico desde el punto de vista de su colocación y su divulgación. La circunstancia de no tener que concurrir el asegurable al examen médico, hace por sí sola más fácil la realización de la operación, ya que es el gestor de la operación el que al hacer suscribir ese documento al asegurable, lo efectúa simultáneamente con la solici

tud del seguro. Por otra parte, muchas personas son reacias al examen clínico, aun en casos de individuos que gozan de buena salud, y hay quienes lo temen, ante la posibilidad de que se les encuentre alguna enfermedad.

A la ventaja señalada se unen otras también para el asegurador y el agente. La emisión es más rápida, y por consiguiente, la prima se cobra también más rápidamente, y el corredor cobra su comisión también con más prontitud. A todo ello debe agregarse la economía en los gastos de emisión, en virtud del costo del examen médico. Pero es indudable que el seguro con declaración de salud solamente, no ofrece garantía de selección; téngase en cuenta, además, que la tarifa aplicada a uno u otro tipo de seguro es la misma, no existiendo recargo alguno por ese concepto.

Pero desde el punto de vista técnico del seguro, es el examen médico el requisito que indica fehacientemente si el asegurable cuenta con la salud necesaria para ser asegurable. La declaración de salud, por otra parte, facilita la retención y la falsa declaración, aunque no en todos los casos sea intencional, sino por ignorancia del asegurado, y en no pocos casos, inducido por corredores inescrupulosos que hacen de la declaración de salud un formalismo, aconsejando al asegurable indebidamente acerca de las respuestas que deben efectuar en el cuestionario de la declaración que comentamos. Pero debe también agregarse que los seguros con examen médico no están tampoco eximidos de estos peligros. No son pocos los casos de médicos que, desconociendo la importancia de su misión y faltando a su profesión, otorgan el examen sin revisión, o lo realizan sin los recursos indispensables, o por lo menos no aportan al asegurador la información que el cuerpo médico determinador requiere. Estos

y otros aspectos los ampliaremos al estudiar el examen médico como requisito técnico del seguro. Aquí vamos a señalar, por último, que la tendencia actual es la de volver al seguro sin examen médico. Decimos volver, por cuanto, en un comienzo del seguro de vida, el director de la Compañía se limitaba a una inspección ocular de la persona. Más adelante llegó a considerarse indispensable el examen médico, hasta que a fines del siglo XIX apareció el seguro sin examen médico, pero con tantas limitaciones, que la facilidad que se otorgaba perdía toda eficacia. Después tomó importancia vital el examen médico, y solamente por capitales reducidos, que no pasando de los \$ 2,000., y difiriendo de 1 a 3 años la vigencia, se otorgaban sin examen médico.

5°.- Seguros con o sin cláusulas adicionales

Los seguros individuales son ofrecidos generalmente con beneficios complementarios al principal. En esta forma el asegurado que toma un seguro de vida entera para cubrir su vida o un dotal para constituir simultáneamente un capital, puede ampliar su protección tomando uno o más contratos adicionales. Estos contratos denominados adicionales o complementarios por adicionarse a la póliza del seguro principal a voluntad del asegurado y mediante el pago de una extraprima, permanecen en vigor conforme a sus cláusulas siempre que rija la póliza; es decir, que en caso de caducar por cualquier causa esta última, el seguro complementario cesa automáticamente sin efecto. No todos los aseguradores ofrecen la cobertura de estos riesgos adicionales; por ello, se han clasificado en seguros con cláusulas y sin cláusulas. Los contratos adicionales que ofrecen los aseguradores son los siguientes:

- a) Exención del pago de primas por incapacidad.

- b) Renta por incapacidad.
- c) Doble indemnización por muerte e indemnización adicional por invalidez causadas por accidentes.
- d) Operaciones quirúrgicas.

Hay quienes consideran la participación en las utilidades del ramo vida o del plan como un contrato adicional; otros consideran el caso como un grupo especial de los seguros voluntarios e individuales. Nosotros, en cambio, trataremos este aspecto en un capítulo especial. Pasaremos a señalar las características y condiciones principales de los contratos complementarios más arriba mencionados.

a) Exención del pago de primas por incapacidad. Este beneficio adicional, puede contratarlo el asegurado, siempre que no haya alcanzado generalmente la edad de 60 años, y puede reclamarlo si ^{quedare} ~~quedare~~ incapacitado en forma total y permanente, por lesiones o enfermedad, para ejercer una ocupación remunerada.

Este beneficio consiste en quedar exicido del pago de las primas futuras estipuladas en la póliza principal.

Dicho beneficio está generalmente sujeto a las siguientes condiciones:

1º) Que la póliza haya estado en vigor durante un año completo y siempre que la incapacidad se haya producido o comenzado con posterioridad a dicho período.

Si la incapacidad se produjera durante el primer año de vigencia, el asegurador devuelve en general la propia ~~propia~~ cobrada, debiendo el asegurado continuar abonando las correspondientes al riesgo principal.

2º) Se acuerda siempre que la edad del asegurado no ex ~~ex~~ceda de los 60 años.

3°) La incapacidad debe denunciarse por escrito, estando el asegurado obligado a facilitar las pruebas completas correspondientes y someterse a cualquier comprobación que el asegurador exija.

4°) Acordada la exención del pago de primas, la misma se mantiene mientras subsista la incapacidad del asegurado.

5°) La exención del pago de primas no se concede cuando la incapacidad es producida por propia voluntad o culpa grave del asegurado; como consecuencia de su intervención en actividades armadas; o por cualquiera de los riesgos no cubiertos por la póliza principal.

6°) Este contrato adicional queda generalmente sin efecto:

a) Si la póliza caducara por ^{extinción} falta de pago de cualquier prima, o hubiere sido convertida en un seguro salado o prorrogado.

b) Si la póliza fuera liquidada por cualquier motivo, inclusive el vencimiento de la misma.

b) Renta por incapacidad. Este contrato adicional es otorgado por los aseguradores siempre que la edad del asegurado a la fecha de su contratación no exceda generalmente de los 50 años.

A su vez, el asegurado tiene derecho a este beneficio si no ha cumplido los 50 años de edad y quedare incapacitado en forma total y permanente por lesiones o enfermedad, para ejercer una ocupación remunerada. Recibidas y aceptadas las respectivas pruebas, el asegurador abona como beneficio una renta mensual del uno por ciento (1%) del capital asegurado, pagadera hasta el término de liquidación de la póliza.

El pago de dicha renta está sujeta normalmente a los siguientes requisitos:

1°.- Que la póliza haya estado en vigor durante un año completo y siempre que la incapacidad se haya producido o comenzado con posterioridad a dicho período.

Si la incapacidad se produjera durante el primer año de vigencia, el asegurador devuelva la extraprima cobrada.

2°.- La incapacidad debe denunciarse al asegurador por escrito, estando el asegurado obligado a facilitar las pruebas correspondientes y someterse a los exámenes médicos que el asegurador exija.

3°.- Acordada la renta, la misma es abonada mientras subsista la incapacidad del asegurado y hasta el vencimiento de la póliza.

4°.- La renta por **incapacidad** no se concede cuando fuere producida por propia voluntad o culpa grave del asegurado; como consecuencia de su intervención en actividades armadas, o por cualquiera de los riesgos no cubiertos por la póliza.

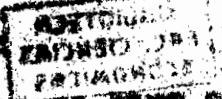
5°.- Este contrato adicional queda sin efecto también en los casos establecidos en el punto 6° a) y b) del beneficio de exención del pago de primas por incapacidad.

c) Doble indemnización por muerte e indemnización adicional por invalidez causadas por accidente. El asegurado puede tomar este contrato adicional antes de cumplir los 60 años de edad y si sufre un accidente que le cause la muerte o alguna de las pérdidas que a continuación se indican al asegurador antes, además del importe que corresponde por la póliza, el siguiente porcentaje del capital asegurado, sumas que varían según las condiciones ofrecidas por los distintos aseguradores.

Muerte (a los beneficiarios de la póliza).....	100%
Pérdida por amputación de los dos brazos, o de los dos manos, o de los dos piernas, o de los dos pies, o pérdida total de los dos ojos	100%
Pérdida por amputación del brazo o de la mano dere cha	80%
Pérdida por amputación del brazo o de la mano iz quierda	60%
Pérdida por amputación de una pierna o de un pie ...	60%
Pérdida total de un ojo	50%

Este beneficio adicional se otorga generalmente también siempre que la edad del asegurado, al contratar el seguro, no exceda de los 50 años.

La doble indemnización e indemnización adicional que se acuerda por este contrato suplementario, está sujeta a las siguientes condiciones:



1°.- Que el accidente se haya originado sin voluntad del asegurado y le ocasione una lesión por una causa externa y en forma súbita, violenta e imprevista, ocasionándole la muerte o alguna de las pérdidas mencionadas precedentemente.

Quedan por tanto excluidas las enfermedades, infecciones, suicidio, su tentativa, asesinato, actos de guerra, inhalación de gases o envenenamientos, actos intencionales o causados por culpa grave del asegurado, y los riesgos expresamente exceptuados en la póliza.

2°.- Que el accidente se haya comunicado por escrito al asegurador dentro de los quince días, debiéndose suministrar al mismo las pruebas completas.

3°.- Que la muerte o la pérdida de alguno de los órganos determinados se produzca dentro de los noventa

días de ocurrido el accidente.

Debe tenerse en cuenta que en caso de que un mismo accidente causare varias pérdidas, el asegurador solamente indemniza la mayor. No obstante ello, si el accidente sufre una agravación mayor o la muerte dentro de los 90 días de indemnizado, el asegurador abona la diferencia de indemnización que correspondiera.

4°.- El presente contrato adicional deja egminamente de regir en los casos siguientes:

a) Cuando el accidente ocurra en el primer año de vigencia de la póliza, caso éste en que el asegurador devuelve la prima percibida.

b) Si la póliza caducara por falta de pago de cualquier prima, o si hubiese sido convertida en un seguro vitalicio o prerrogado.

REVISADO EN
FOLIO 127
20/10/1974

c) Si la póliza fuera liquidada por cualquier motivo, incluye el vencimiento de la misma.

d) Si la póliza cubre el riesgo de incapacidad total y permanente en virtud de haber sido emitida con los contratos suplementarios de "Exención de pago de primas por incapacidad" o "Renta por incapacidad", desde la fecha en que el asegurado gozara de los beneficios que las respectivas cláusulas acuerden.

d) Operaciones quirúrgicas: El beneficio por intervenciones quirúrgicas corresponde al asegurado, que, habiendo tomado una póliza con esta cláusula adicional enfermara y debiera someterse a una operación, por prescripción de su médico particular.

Es usual en las compañías privadas poner a disposición del asegurado que se sea el beneficio, el servicio médico y la intervención correspondiente en un sanatorio, sin

cargo alguno para aquél.

En estos casos, todos los gastos de intervención quirúrgica, pensión en la clínica, medicamentos, tratamientos especiales y curaciones, corren por cuenta del asegurado, desde el momento en que el asegurado se interna en el sanatorio hasta ser dado de alta. Se establece que el asegurador determine el sanatorio en que debe internarse el enfermo asegurado, y que los profesionales sean los que habitualmente prestan servicios en la clínica de que se trate.

Empero, si el asegurado, antes de ser dado de alta, abandona el sanatorio por su voluntad o por la de sus familiares o allegados, el asegurador queda eximido de todo compromiso de pagos por la asistencia médica que le fue prestada a aquél en otro lugar.

Las empresas privadas suelen conceder el mencionado beneficio adicional, sujetándolo a ciertas condiciones, como por ejemplo, que el asegurado tenga en vigor su póliza por un capital no menor de cinco mil pesos, que hayan transcurrido tres años, como mínimo, desde la iniciación del seguro, etc.

3.- Planes de seguros de vida:

Conforme hemos dicho en el punto I de este capítulo al exponer la clasificación general y particular, el seguro de vida puede revestir las más variadas características, que dan lugar a diversos tipos de planes, los cuales tienen su razón de ser toda vez que se sustentan en las bases técnicas necesarias.

A título ilustrativo sintetizamos a continuación los planes de seguros que existen o han existido en plaza, y señalamos las condiciones básicas de cada uno de ellos.

PLANES DE SEGUROS DE VIDA CON QUE OPERAN

LAS COMPANIAS NACIONALES, PROVINCIALES Y EXTRANJERAS

Sin examen médico.

	Denominación	Características especiales	Condiciones de póliza
1	Ahorro y provisión	15 y 20 años. Con utilidades. Contra accidentes (incluyendo muerte)	Es un detal común sin examen médico. El asegurado paga los premios hasta su muerte o hasta el vencimiento, en que la compañía le paga la suma asegurada. Si muere antes, la compañía paga el capital, siempre que la póliza tenga una vigencia mínima de 5 años. Si muere dentro de los 5 años, se paga un porcentaje creciente: 1er. año, nada; 2°, 25%; 3°, 50%; 4°, 75%; 5°, 100%. No asegura hasta un máximo de 5.000.
2	Detal para niños, con devolución de premios.	Hasta la edad de 18, 22 y 27 años. Sin utilidades. Con doble indemnización. Con exención del pago de premios.	El contratante paga los premios hasta su muerte o hasta el vencimiento, en que la compañía entrega al beneficiario la suma asegurada, si se encuentra con vida. Si fallece antes, se devuelven los premios.
3	Provisión integral	15, 20 y 25 años Con utilidades.	El asegurado paga hasta su muerte, o hasta el vencimiento, en que la compañía paga el capital. Si el asegurado fallece antes del vencimiento, la compañía entrega a los beneficiarios la suma de las primas y una cantidad que aumenta en los años de vigencia. Hay sorteos. El premio consiste en \$1.000, o en la exención del pago de futuras primas, a opción del asegurado.

	Denominación	Características esenciales	Condiciones de póliza.
4	Título de pre- visión.	25 años. Con utilidades. Con doble indemnización.	<p>El asegurado paga los premios hasta su muerte o hasta el vencimiento.</p> <p>Si el asegurado vive al vencimiento, la Compañía le abona \$2.000.</p> <p>Si el asegurado muere después del 4° año de vigencia, la compañía paga \$1.000.</p> <p>Dentro de los primeros 4 años la indemnización es menor.</p> <p>Anualmente se practican sorteos. El ganador puede optar entre un premio de \$1.000 en efectivo, o la exención del pago de primas futuras.</p>
5	Popular de ahorro y pre- visión	20 años Con utilidades Con doble indemnización.	<p>Es un dotal a capital variable, según la edad del asegurado.</p> <p>Todos los años se efectúa un sorteo. El premio consiste en la exención del pago de primas futuras.</p>
6	Super póliza protectora	20 años Sin utilidades Con doble indemnización.	<p>El asegurado paga las primas hasta su muerte o hasta el vencimiento.</p> <p>Si llega con vida al vencimiento, cobra \$2.500.</p> <p>Si muere antes la compañía paga \$1.250 y se devuelven las primas hasta un máximo de \$1.250.</p> <p>Anualmente se practica un sorteo. El premio consiste en una póliza de \$2.500 o \$1.250, inmediatamente.</p>
7	Bono de seguro y ahorro	15 años Con utilidades Con accidentes, incluyendo muerte	<p>El suscriptor paga los premios hasta su muerte o hasta el vencimiento.</p> <p>Si el suscriptor vive al vencimiento, la compañía le paga \$1.000.</p> <p>Si el suscriptor fallece la compañía paga a los beneficiarios la suma indicada en la tabla inserta en el bono. Anualmente se practica un sorteo. El premio consiste en \$1.000 en efectivo.</p>

	Denominación	Características esenciales	Condiciones de póliza.
2	Bono popular de ahorro	15, 20 y 25 años Con utilidades. Con accidentes.	<p>Es un dotal según sin examen médico, con capital fijo de 1.0000 e indemnización creciente si la muerte se produce dentro de los 4 años primeros:</p> <p>1er. año 2000; 2º, 4000; 3º, 6000; 4º, 9000, y 5º y siguientes, 1.0000</p> <p>Anualmente se afecta un sorteo, correspondiéndole al ganador la suma de 1.0000.</p>
9	Póliza popular de vida.	20 años. Con utilidades. Con accidentes.	<p>Si el asegurado vive al vencimiento, la compañía le paga 2.5000.</p> <p>Si fallece antes, la compañía paga una suma creciente, según la tabla inserta en la póliza. Hay 5 categorías, que se diferencian en la prima y en la indemnización por muerte.</p> <p>Todos los años se efectúan sorteos. Son premiadas con 5000 las pólizas cuyas dos últimas cifras coinciden con las del premio mayor de la lotería nacional, en su jugada de Navidad.</p>
10	Municipal	25 años. Sin utilidades Con doble indemnización.	<p>Es un dotal que sólo se realiza al ocurrir el asegurado.</p> <p>Si el asegurado muere dentro del 1er. trimestre, la compañía devuelve las primas. Si muere dentro del 2º trimestre, paga la mitad del capital.</p> <p>En adelante, paga el capital completo.</p> <p>Si el asegurado vive al vencimiento, la compañía le entrega la suma asegurada.</p>

Con examen médico.

	Denominación	Características esenciales	Condiciones de póliza
1	Vida entera	Dotal, de pagos terminales a los 55 y 60 años.	En estos planes tiene la compañía una tarifa reducida para empleados, a prima mensual aplicable cuando el empleador cobrara cobrando los premios y los empleados asegurados sean 6 por lo menos, sin utilidades.
2	Extraordinario de vida entera.	Pagos vitalicios sin utilidades.	Es un seguro similar a la vida entera. Difiere de él en que la suma asegurada es de 15.000\$ o múltiplo, es más barato y los valores garantizados siguen una progresión más lenta.
3	Protección con dividendos garantizados.	A 20 años. Sin utilidades.	El asegurado paga durante 20 años, o hasta el momento de fallecimiento. La compañía sólo paga el capital al fallecimiento del asegurado, se produce éste durante el pago de primas o después. Cada año la compañía acredita al asegurado 2% por cada 1.000\$ de seguro. La suma que resulte se paga a los 20 años, o al fallecimiento, si ocurre antes.
4	Dotal con participación garantizada	A 15 y 20 años. Con o sin accidentes.	Es un dotal común, con utilidades garantizadas en un mínimo (1/4 del capital asegurado)
5	Universal con acrecentamientos garantizados	Duración variable, sin participación.	La duración del seguro depende de la edad de entrada. Vencido el plazo de duración, el asegurado puede optar por recibir el capital en efectivo, en seguro salado, o parte en efectivo y parte en salado. Si el asegurado muere

	Clasificación	Características esenciales	Condiciones de póliza
6	Total Excel-sior	A 20 años Con participación especial. Con doble indemnización. Exención del pago de premios. Renta anual.	<p>cuando la póliza está en vigencia, percibe un capital que estará en proporción directa con los años de vigencia.</p> <p>Si el asegurado vive al vencimiento, la compañía le paga el capital asegurado y las utilidades.</p> <p>Si el asegurado muere antes, la compañía paga el capital al beneficiario; y, si la póliza tiene más de diez años de vigencia y el asegurado no hizo uso del derecho que le acuerda la cláusula "pago anticipado del seguro", la compañía paga también las utilidades.</p> <p>La cláusula "pago anticipado del seguro" da derecho al asegurado a cobrar la mitad del capital a los diez años de vigencia, y el resto al vencimiento.</p>
7	Término fijo, con doble capital en caso de muerte.	10, 15, 20 y 25 años. Con y sin utilidades.	<p>Si el asegurado vive al vencimiento la compañía le paga el capital.</p> <p>Si el beneficiario muere antes del vencimiento, la compañía paga al beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) inmediatamente el capital asegurado. b) al vencimiento, otro capital igual.
8	Póliza perfecta. Seguro de vida a prima reversible o doble capital.	10, 15 y 20 años. Con utilidades. Con doble indemnización. Accidentes. Exención del pago de premios. Renta anual.	<p>Es una especie de capital común, con opciones al vencimiento.</p> <p>El capital que se entrega al asegurado en caso de muerte, equivale al 150% del capital a pagarse en caso de muerte. Ese capital diferido puede cobrarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) inmediatamente; b) $\frac{2}{3}$ inmediatamente y $\frac{2}{3}$ en vejez;

	Denominación	Características especiales	Condiciones de póliza
9	Seguro matrimonial	10 años. Sin utilidades.	<p>El rentista vitalicio igual a las primas anuales y 20 en salido.</p> <p>Periódicamente hay sorteos. El ganador cobra el capital inmediatamente.</p> <p>El asegurado paga las primas hasta su muerte, hasta el casamiento del beneficiario o durante 10 años si ninguno de esos hechos se produce antes. La compañía abona el capital al beneficiario en el momento de su casamiento, o al cumplir 30 años si llega soltero a esa edad.</p>
10	Dote nupcial argentina	Prima única. Sin utilidades.	<p>Es un seguro que se contrata a favor de años. La compañía paga a éstos la suma asegurada en el momento de su casamiento cuando cumplan 30 años. Pagan primas anuales por 5 o 10 años.</p> <p>Con suspensión de pagos: el pago se suspende si el contratante fallece.</p> <p>Sin suspensión de pagos: el pago no se suspende aunque fallezca el contratante.</p>
11	Super póliza integral argentina	20 años. Sin utilidades. Con doble indemnización. Exención del pago de primas. Renta anual.	<p>El asegurado paga las primas hasta su muerte, o hasta el vencimiento.</p> <p>Si llega con vida al vencimiento, cobra una de estas sumas: 5.000, 10.000, 20.000 o 40.000 \$.</p> <p>Si muere antes, la compañía paga la mitad de las sumas anteriores y devuelve las primas hasta un máximo de la suma que paga como indemnización.</p> <p>Anualmente se efectúa un sorteo. El premio consiste en una póliza salada por 5.000, 10.000, 20.000 o 40.000 pesos, o la mitad, inmediatamente.</p>

Denominación	Características esenciales	Condiciones de póliza
12 Dotal para niñas	Plazo fijo: 10 a 22 años. Sin utilidades	<p>El contratante, o el asegurado, paga los premios hasta su muerte, o hasta el vencimiento, en que la compañía paga el capital al beneficiario, viva o no el asegurado.</p> <p>Si el beneficiario fallece antes del vencimiento, el contratante puede nombrar otro o pedir la devolución de las primas, sin intereses.</p>
13 Dotal para niños	Plazo fijo: 10 a 22 años. Sin Utilidades.	<p>El contratante, o el asegurado, paga los premios hasta su muerte, o hasta el vencimiento, en que la compañía paga el capital al beneficiario, viva o no el asegurado.</p> <p>Si el beneficiario fallece antes del vencimiento, el contratante puede nombrar otro o pedir la devolución de las primas, sin intereses.</p>
14 "Dote", Ahorro y Previsión	Con utilidades	<p>El instituyente paga los premios hasta su muerte, o hasta que el niño cumpla 21 años.</p> <p>Al cumplir esa edad, el niño beneficiario cobra la suma asegurada. Pero si muere antes, se devuelven los premios pagados, sin intereses.</p>
15 Seguro de niños, con opciones múltiples.	Sin utilidades	<p>Si el niño muere, se devuelven las primas, sin intereses.</p> <p>Al llegar el niño a los 22 años, tiene derecho a las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) recibir un capital de 10.000\$. b) recibir una póliza <u>gratuita</u>. c) tomar una póliza <u>ordinaria</u> por 20.000\$, con primas variables, según sea V.L., P.L. o D.

ASOCIACION
 DE SEGUROS
 DE VIDA

	Denominación	Características esenciales	Condiciones de póliza
16	Total para niños	15 o 20 años. Con utilidades	<p>Puede contratarse a favor de niños no mayores de 15 años.</p> <p>Sus características son las comunes a todos los seguros de niños. El asegurado paga las primas hasta su muerte, o hasta el vencimiento, en que la compañía paga al beneficiario la suma asegurada. Si éste fallece antes del vencimiento, se devuelven las primas.</p> <p>Se afectan <u>sorteos</u> periódicos.</p> <p>El ganador cobra inmediatamente el capital asegurado.</p>
17	Total para niños	10, 15, 20 y 25 años. Con utilidades. Con exención del pago de primas	<p>El contribuyente paga hasta su muerte, o hasta el vencimiento.</p> <p>Si el beneficiario vive al vencimiento, la compañía le paga la suma asegurada. Si fallece antes del vencimiento, la compañía devuelve las primas, sin intereses.</p>
18	Total para niñas	10 a 25 años. Sin utilidades Con exención del pago de primas. Con beneficio de operaciones quirúrgicas.	<p>El contratante paga hasta su muerte, o hasta el vencimiento, en que la compañía paga al beneficiario la suma asegurada. Si el beneficiario fallece antes, se devuelven las primas, sin intereses.</p>
19	Total con interés anual del 20%	A 15 y 20 años. Con utilidades.	<p>Si el asegurado vive al vencimiento, la compañía le paga el capital y las utilidades.</p> <p>Si el asegurado fallece antes del vencimiento, la compañía paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) inmediatamente, la mitad del capital asegurado b) desde la muerte hasta los <u>n</u> años, un interés anual del 20% sobre 1/2 capital. c) a los <u>n</u> años, la otra mitad del capital.

	Denominación	Características esenciales	Condiciones de póliza
20	Total con efectos múltiples.	A 20 y 25 años Con o sin utilidades.	<p>Si el asegurado vive al vencimiento, la compañía paga:</p> <p>a) Inmediatamente, la mitad del capital;</p> <p>b) desde la muerte hasta el vencimiento, una renta cierta;</p> <p>c) al vencimiento, la otra mitad del capital.</p>
21	Protección familiar y retiro	Pagos hasta los 60 y 65 años.	<p>Al contratar el seguro el asegurado elige una de estas tres opciones para el caso de muerte antes del vencimiento:</p> <p><u>1ª opción:</u> a) una suma a su muerte;</p> <p>b) 50 rentas mensuales;</p> <p>c) una suma final, igual a la inicial.</p> <p><u>2ª opción:</u> a) b) y c) como en la 1ª opción, pero con distintas cantidades.</p> <p><u>3ª opción:</u> a) y b) como en la 1ª opción, pero con distintas cantidades y c) sin pago final.</p> <p>Si el asegurado llega con vida al vencimiento tiene derecho a varias opciones.</p>
22	Término fijo combinado con rentas.	15 y 20 años. Sin utilidades.	<p>Si el asegurado vive al vencimiento, la compañía le paga el capital.</p> <p>Si el asegurado fallece antes del vencimiento, la compañía paga:</p> <p>a) inmediatamente, el 10% del capital.</p> <p>b) desde el primer aniversario de la muerte hasta el vencimiento, una renta mensual del 1% del capital asegurado;</p> <p>c) al vencimiento, el capital asegurado.</p>

	Denominación	Características especiales.	Condiciones de póliza
23	Término fijo combinado con renta.	15 y 20 años Sin utilidades.	<p>Si el asegurado vive al vencimiento, la compañía le paga el capital. Si el asegurado fallece antes del vencimiento, la compañía paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) inmediata mente, una suma b) desde la muerte hasta el vencimiento una renta temporaria. c) al vencimiento, el capital asegurado.
24	Renta educacional.	10, 15 y 20 años Con utilidades.	<p>Si el asegurado muere antes del vencimiento la compañía paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) una renta anual desde la muerte hasta el vencimiento; b) el capital asegurado, al vencimiento; Si el asegurado llega con vida al vencimiento, tiene derecho a ciertas opciones.
25	Renta educacional.	10 a 25 años. Con utilidades con accidentes.	<p>Si el asegurado vive al vencimiento, la compañía le paga el capital. Si el asegurado muere antes del vencimiento, la compañía paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) una suma, al vencimiento b) una renta mensual desde la muerte hasta el vencimiento. Si el beneficiario muere cuando se ha iniciado el pago de la renta, ésta cesa, y el capital se paga inmediatamente a los herederos del beneficiario.
26	Seguro de estudios "Garantizado".	Sin utilidades. con exención del pago de primas. Con seguro de préstamos.	<p>El asegurado paga los premios hasta su muerte o durante un periodo de terminado de años. La compañía paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) una renta fija mensual durante 5 años desde determinada fecha; b) una renta fija mensual durante 6 años desde determinada fecha; c) un pago adicional por supervivencia al asegurado si vive a la fecha del primer pago de la renta fija.

ANTONIO
PINEDA
2010

	Denominación	Características esenciales	Condiciones de póliza
27	Educativa	Con o sin utilidades.	El asegurado paga los premios hasta su fallecimiento o hasta el vencimiento de la póliza. Independientemente de la vida o muerte del asegurado, la compañía paga al beneficiario una renta neta que comienza cuando la póliza vence, y, si el asegurado lo desea, un capital al final del pago de la renta.
28	Seguro de renta temporaria	Primas anuales sin utilidades.	Es un seguro que se contrata con vencimiento fijo. El asegurado paga las primas hasta una fecha determinada. A la muerte del asegurado, la compañía paga al beneficiario una renta temporaria hasta el vencimiento. Si llega el vencimiento, y el asegurado vive, no tiene derecho a suma alguna.
29	Seguro combinado de capital y renta.	15, 20 y 25 años. Sin utilidades.	El asegurado paga los premios hasta su muerte, o hasta el vencimiento de la póliza. Si fallece antes del vencimiento, la compañía le paga una renta anual vitalicia.
30	Seguro limitado con primas decrecientes.	15 años. Con utilidades.	La prima decrece cada 5 años. La compañía paga el capital si el asegurado fallece dentro del período de pago de primas. Se trata pues de un seguro temporario por 15 años.
31	Seguro a riesgo cambiante dentro de 5 años.	5 años. Sin utilidades. Con accidentes.	La compañía indemniza al beneficiario si el asegurado fallece dentro de los 5 años. Transcurrido ese tiempo, el asegurado puede cambiarlo por un seguro de igual suma y de cualquier plan, sin necesidad de someterse a otro examen médico.-

	Denominación	Características esenciales	Condiciones de póliza
22	Total directo	10 a 20 años Con o sin utilidad. Años.	<p>Las primas deben pagarse durante todo el período del seguro.</p> <p>Al vencimiento, la compañía paga un capital equivalente al total pagado por primas acumuladas, al 3% de interés anual.</p> <p>Si el pago de primas se suspende, la compañía reconoce una póliza salda, pagadera al vencimiento, por un capital igual a las cuotas pagadas, más el interés del 3% a.</p> <p>Este contrato puede cambiarse por un total o de total a término fijo.</p>
23	Seguro de vida económico-previsorio.	3 años.	<p>Se contrata por 2 o 3 años.</p> <p>Pasado ese plazo el asegurado puede elegir cualquier otro plan de la compañía por igual capital, sin exigirse otro examen médico.</p> <p>Hay sorteos periódicos, consistiendo el premio en el sobre inmediato del capital asegurado.</p>
24	Póliza conjunta para 2 o 3 personas.	<p>(Total) 10-15 años.</p> <p>(Total) 15-20 años.</p> <p>Plan (15-20)</p> <p>(Vida entera)</p> <p>Póliza de provisión:</p> <p>Vida en 10-15-20 años.</p> <p>Vida en 25 años (sin utilidades).</p> <p>Con utilidades con doble indemnización.</p> <p>Accidentes y transición del pago de premios.</p>	<p>Con seguros comunes.</p> <p>Periódicamente se efectúan sorteos.</p> <p>El premio consiste en el sobre inmediato del capital asegurado.</p>
25	Adicional suplementario de préstamos.		<p>Consiste en el privilegio de no descontar a los beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado, los préstamos que a éste se hubieran concedido.</p>

	Denominación	Características especiales.	Condiciones de póliza.
36	Adicional Seguro familiar complementario		<p>Mediante una prima adicional, la compañía se obliga a pagar una suma, al fallecimiento de la esposa del asegurado, si tiene lugar después de la muerte de aquél y antes de una fecha determinada.</p> <p>El premio adicional se paga mientras vivan el asegurado y su esposa.</p>
37	Adicional adicional organismo diferido temporario		<p>Es un seguro complementario del de Renta y Capital, de suma orgánica durante los 3 últimos años del pago de prima si el asegurado muere en esos 3 años.</p>
38	Adicional Renta mensual "post mortem"		<p>Mediante el pago de una extra prima, la compañía se obliga a pagar al beneficiario una renta mensual, desde la muerte del asegurado hasta una fecha determinada.</p>
39	Adicional Beneficio de operaciones quirúrgicas		<p>Consiste en un anticipo no mayor que el valor de rescate.</p> <p>Al pagar el seguro, la compañía se reembolsa, sin interés.</p>
40	Nupcial	Con utilidades	<p>El asegurado paga los premios hasta su muerte o hasta el vencimiento, en que la compañía paga el capital a la beneficiaria; pero si ésta cesa antes, el asegurado -o la beneficiaria, si aquél no viviera- puede pedir la liquidación anticipada del seguro que consiste en la devolución de la reserva matemática.</p> <p>Si la beneficiaria fallece, el asegurado puede nombrar otra o pedir la devolución de las primas.</p>

	Denominación	Características esenciales	Condiciones de póliza
41	Seguro de vida económico-colectivo.		<p>Se contrata por uno o dos años, y es renovable indefinidamente. Es un seguro colectivo común, con indemnización por muerte y por invalidez. Periódicamente se realizan sorteos. Consiste en el premio en el cobro inmediato de la suma asegurada.</p>
42	Póliza "X"		<p>La compañía se obliga a restituir al patrón las indemnizaciones por muerte que éste pague a sus empleados, en virtud de la ley 11.729.</p>
43	Seguro de empleados.	Con o sin exención del pago de primas por incapacidad.	<p>La compañía sustituye al patrón en las obligaciones que le impone el Código de Comercio para los casos de muerte o enfermedad de los empleados.</p>
44	Responsabilidad patronal.		<p>Es un seguro que el empleador contrata a favor de sus empleados. La compañía paga la indemnización a la familia del empleado, si este fallece antes de cumplir los 66 años. Si el empleado cumple esa edad, la compañía le paga la suma asegurada.</p> <p>En caso de que el empleado abandone su puesto o sea despedido, la compañía devuelve parte de las primas.</p>
45	Responsabilidad patronal por cesantía, retiro o muerte.		<p>La compañía sustituye al patrón en las obligaciones que le impone la ley 11.729 para los casos de muerte, retiro o cesantía.</p> <p>Si el empleado llega a cumplir los 60 años, se considera como si quedara cesante.</p>

	Denominación	Características esenciales.	Condiciones de póliza
46	Responsabilidad patronal por enfermedades o accidentes.		<p>La compañía sustituye al patrón en las obligaciones que le impone la ley 11.729 para los casos de enfermedades o accidentes de sus empleados, hasta un máximo de 3 a 6 meses, según la antigüedad en el empleo.</p>
47	Enfermedades y accidentes.		<p>La compañía indemniza al empleador por los sueldos que debe pagar en caso de enfermedad o accidentes de sus empleados.</p>
48	Seguro de responsabilidad comercial		<p>La compañía cubre al patrón en las obligaciones que le impone la ley 11.729 para los casos de enfermedad por accidente, o despi-do.</p>
49	Temporario de crecienta.		<p>Se paga una prima mensual durante 144 meses. La compañía paga el saldo de una deuda, según la tabla inserta en la póliza, si muere la persona cuya vida se asegura.</p>
50	Individual contra accidentes		<p>La compañía paga el capital asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) en caso de muerte causada por accidente. b) En caso de invalidez total y permanente causada por accidente. <p>Si el asegurado se invalida en forma total y temporal por causa de accidente, la compañía paga una pensión diaria hasta 200 días.</p> <p>Periódicamente se efectúan sorteos.</p> <p>El premio consiste en el cobro inmediato del capital asegurado.</p>

CAPITULO III

Bases técnicas

- 1.- Las tablas de mortalidad.
- 2.- La tasa de interés.
- 3.- Las primas.
- 4.- Las reservas matemáticas.
- 5.- Los valores garantizados.
- 6.- Los requisitos médicos y la técnica facultativa.

No es éste un trabajo de orden actuarial, ya que, como le indicáramos al comienzo, es de carácter económico y social. Pero aun así, no puede estudiarse el seguro de vida, por limitada que sea la extensión del trabajo, sin considerar las bases técnicas que constituyen el cimiento de esta importante ASOCIACION
MEXICANA previsión.-

Hemos dicho que el seguro de vida puede explotarse comercialmente, porque si bien individualmente la muerte o la supervivencia de una persona no puede establecerse de antemano, es posible, en cambio, preverla mediante el cálculo de las probabilidades cuando se toma un conjunto numeroso de individuos.

Estudiada la mortalidad dentro de un grupo considerable de personas, se establece que el fenómeno no depende del azar, sino que ofrece determinados caracteres de frecuencia, uniformidad y exactitud, que elevamos a la categoría de leyes de probabilidad.

De las estadísticas referentes al número de fallecimientos a diferentes edades, se deducen las tablas

de mortalidad, que constituyen uno de los elementos fundamentales para la determinación de las primas en el seguro de vida.

Las referidas tablas nos dan, pues, la base matemática indispensable para la determinación de la prima que ha de satisfacer el asegurado al asegurador, a fin de que éste pueda tomar a su cargo el riesgo correspondiente a la muerte de aquél.

La prima, elemento fundamental del contrato de seguro, no sólo está constituida por la prima de riesgo, determinada por la tabla de mortalidad, sino que depende también de otros elementos importantes que, en conjunto, darán la prima de tarifa que ha de aplicar el asegurador a sus asegurados. Esta prima no solamente tiene por objeto cubrir la mortalidad, o sea los siniestros, sino también la rentabilidad del capital invertido por el asegurador, y todos los gastos, tanto los de explotación como los administrativos de la empresa aseguradora.

De ahí la importancia de las bases técnicas del seguro, ya que de su exacta determinación dependerá el éxito del asegurador.

En definitiva, las bases técnicas del seguro comprenden todos aquellos elementos que deben tenerse en cuenta tanto para la determinación de la prima, como para las provisiones que el asegurador debe realizar a fin de ponerse a cubierto de sus obligaciones y obtener una compensación por su trabajo y un rendimiento para su capital.

Los referidos elementos que constituyen las bases técnicas del seguro de vida son los siguientes:

- a) Las tablas de mortalidad
- b) La tasa de interés.
- c) Las primas.

d) Las reservas matemáticas.

e) Los valores garantizados.

1.-Las tablas de mortalidad

La tabla de mortalidad ha sido definida como "el instrumento por medio del cual se miden las probabilidades de vida y muerte".

Constituye el elemento principal que interviene en el cálculo de las primas de los seguros de vida - así como también en la determinación de las reservas matemáticas -, y justamente su empleo diferencia al seguro de las operaciones de capitalización.

Una tabla de mortalidad se compone, en la práctica, de una serie de columnas que contienen los valores que corresponden a las diferentes funciones empleadas en el cálculo de las primas, reservas y demás elementos técnicos necesarios en la explotación del seguro de vida. Estas funciones tienen el nombre genérico de "funciones biométricas" y generalmente son:

1°) Número de personas que continúan en vida al principio de cada edad.

2°) Número de fallecimientos ocurridos entre dos edades consecutivas.

3°) Probabilidad de hallarse en vida a la edad siguiente de la que se considera, es decir, de vivir un año más.

4°) Probabilidad de morir en cada edad, es decir, de fallecer dentro del año.

5°) Tasa instantánea de mortalidad.

6°) Vida media, o sea el número de años que en promedio han de vivir las personas que hayan alcanzado determinada edad. También existe una función similar, llamada "vida media completa", que es medio año más alta que la anterior.

La íntima relación que existe entre todas las funciones biométricas se puede deducir del hecho de que se obtienen de una sola: "la probabilidad de fallecer dentro del año de cumplida cada edad", probabilidad simbolizada por " q_x ", donde x representa la edad.

La construcción de una tabla de mortalidad puede decirse, resumiendo, que consiste en la determinación de la tasa de mortalidad que corresponde a cada edad. Ello es lo que en realidad ocurre en la práctica.

A primera vista parecería que la confección de una tabla de mortalidad demandaría un lapso igual a los años vividos por el último sobreviviente del grupo observado. En efecto, si observamos la columna de los sobrevivientes a cada edad, vemos que el grupo decrece en forma paulatina hasta que fallecen todos.

Sin embargo, el procedimiento práctico no consiste precisamente en la observación de un grupo de personas hasta la total extinción del mismo; pues, como es evidente, una tabla de esa naturaleza pertenecería a generaciones pasadas, no siendo aplicable por no representar la mortalidad contemporánea.

El arbitrio a que se recurre es el siguiente: se toma un grupo de personas que vivan en una época dada, clasificándolas por edades. Asimismo, por observación, se determina el número de personas de cada edad que fallecen dentro del año. Dividiendo entonces el número de personas fallecidas en cada edad por el número de personas que tenían esa edad al comienzo de la observación, se obtiene la "tasa bruta de mortalidad", que luego de un ajustamiento —que puede realizarse por distintos procedimientos— se convierte en la "tasa ajustada de mortalidad", ésta es la que aparece en última instancia en las tablas de mortalidad y

en la que más arriba se ha llamado probabilidad de muerte.

Queda expuesta en forma sintética -por supuesto incompleta, pues se trató de dar sólo una idea general - la forma en que se construye una tabla de mortalidad.

Las tablas de mortalidad admiten diversas clasificaciones. En este orden de ideas podemos distinguir:

a) Tablas de población general: son aquellas construidas sobre la base de poblaciones sin selecciones previas, obteniéndose los datos mediante censos y registros de defunciones.

b) Tablas de asegurados: son aquellas que, como su nombre lo indica, se han calculado observando la población asegurada en diversas compañías. Al respecto, es interesante consignar que la mortalidad de los asegurados con examen médico se considera inferior a la normal durante un período de cinco años; este lapso se denomina "período de selección". Basándose en este criterio, las tablas de asegurados se clasifican a su vez en:

1) "selectas": la mortalidad de los asegurados es llevada separadamente por edad y duración en el seguro, hasta que tengan cinco años de antigüedad; posteriormente, se toman todas en conjunto. Se hace notar que hay tablas cuyo período de selección varía entre tres y diez años.

2) "de conjunto", cuando no se hacen distinciones entre los asegurados recientes y antiguos.

3) "finales" o "truncadas": constituyen la continuación de las tablas "selectas", una vez que las pólizas han cumplido cinco años de vigencia. Entre tablas finales y truncadas se han hecho distinciones técnicas que carecen de importancia.

c) Tablas de rentistas: se ha observado que la mor-

talidad de los asegurados varía según los planes de seguros que solicitan, lo que significa que todo asegurado tiene un concepto bastante acertado con respecto a la duración de su vida. Este hecho de autoselección se ha visto más nítidamente aún entre los rentistas, ocasionando considerables pérdidas a las compañías que les aplicaban las tablas correspondientes a asegurados e población general, ya que cuanto más viven los rentistas mayor es el monto de los pagos. En consecuencia, los aseguradores optaron por observar la mortalidad de los rentistas y construir tablas especiales para ellos.

Desde los primeros trabajos realizados por Graunt y Halley en el siglo XVII, hasta el presente, se han construido numerosas tablas de mortalidad, muchas relegadas al olvido, aun sin haberse experimentado; otras se han aplicado, por propia iniciativa de las compañías o por imposiciones legales.

Con el fin de completar este capítulo, damos breves referencias de aquellas tablas que han tenido o tienen uso en la República Argentina, donde es lamentable decirlo, se ha debido recurrir a tablas foráneas, en ausencia de tablas propias adecuadas.

Las tablas de mortalidad construidas pueden clasificarse, siguiendo distintos criterios--por ejemplo, en atención a los países donde tuvieron origen-- No vamos a enunciarlas cronológicamente, con el objeto de que pueda observarse la disminución de las tasas de mortalidad

1) "Leventan office's table" o "combined experience" (CE) fue construida en Inglaterra, tomándose como base los datos suministrados por 17 compañías británicas, correspondientes a 63.905 pólizas. Compilada en 1888, to-

vo muy poco éxito en su país de origen; en cambio, fué adoptada en 1873 en Nueva Zelanda, para el cálculo de las reservas de una compañía en trance de liquidación. Esta tabla ha sido empleada además en Estados Unidos y en la Argentina.

En la actualidad ha caído prácticamente en desuso, en razón de que su tabla es excesivamente elevada.

2) Tabla HM: Esta sigla corresponde a las palabras inglesas "Healthy Men" (Hombres sanos). La tabla "HM" es una de las cuatro publicadas simultáneamente en 1872 por el Institute de Actuarios, tomando como base la experiencia recogida por 20 compañías (10 inglesas y 10 escocesas) durante un lapso que finalizó el 31 de diciembre de 1863. Es una tabla de conjunto.

La experiencia comprendió a 130,245 personas y 1.190,140 años de vida.

La tabla en cuestión tuvo una difusión mayor que las otras tres que se publicaron simultáneamente. Una idea de su popularidad la da el hecho de que, aun hoy, ocupa el segundo lugar entre las tablas empleadas en la República Argentina.

La tabla "HM" fué ajustada originariamente por Woolhouse y luego por King y Hardy sobre la fórmula de Compertz-Makeham. Este último ajustamiento reemplazó al de Woolhouse, por cuanto simplifica los cálculos de las primas y reservas de los seguros sobre más de una cabeza.

3) "American experience table of mortality" (AE): Es la tabla que ha obtenido mayor difusión, no sólo en su país de origen (Estados Unidos), sino en la República Argentina.

Ha sido construida hace más de 75 años por el actuario Sheppard Homans, tomando como base la experiencia de la "Mutual Life Insurance Company of New York", con

pañía en la que el citado actuario ejercía su profesión

En el año 1868 fué declarada tabla básica (Legal Standard) por el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York.

Coincide con esta tabla el hecho singular de que, a pesar de haberse dedicado varios actuarios eminentes durante largos años a su investigación, no se han podido determinar los métodos empleados en su construcción por el actuario Homans.

La realidad es que esta tabla es probablemente la más usada en todo el mundo, aun cuando en la actualidad está cediendo ese lugar de privilegio a una más reciente, la "American Non Mortality Table", también construida en los Estados Unidos.

4) Tabla "Annuaire Française" (A.F.): Esta tabla ha sido construida sobre los datos suministrados por cuatro compañías francesas, tomando como base los seguros contratados durante el período comprendido entre los años 1819 y 1887. Debe su origen a un hecho extraño. Las tablas que existían en Francia no eran convincentes, por lo que se había decidido construir primeramente una tabla para rentistas, el 21 de noviembre de 1876. Pero su construcción, dada la escasez de medios, se desarrolló muy lentamente hasta 1887.

Por entonces se aproximaba la Gran Exposición, en virtud de lo cual se pensó que sería muy interesante presentar a los matemáticos extranjeros, reunidos en Francia con motivo de ese acontecimiento, la tabla de rentistas que se hallaba en construcción y además, si fuera posible, una de asegurados, que era sin duda mucho más importante por la cantidad de pólizas de seguros de muerte.

to que se había editado.

El día 22 de noviembre de 1887 se decidió construir la tabla de asegurados, después denominada "Anagrafa Francaise", presentada luego en la exposición, previa un rápido ajustamiento por el método de Woolhouse. Al mismo tiempo, se presentó la tabla de rentistas.

Evidentemente, debe haber sido la tabla construida en menor espacio de tiempo, habiendo sido laureados los actuarios que participaron en su construcción, con un gran premio y medallas de oro.

Posteriormente, el Comité decidió perfeccionar el ajustamiento y aplicó uno nuevo, basado en la fórmula de Makeham, y que se publicó en forma definitiva en 1892.

El uso de esta tabla en nuestro país, ha decaído mucho en los últimos años.

5) Tabla OX Es esta una de las varias tablas construidas sobre la base de los datos suministrados por 60 compañías británicas, que abarcan un período de 30 años (1863-1893). Fue dirigida su construcción por un Comité formado por representantes del Instituto de Actuarios y de la facultad de Escocia, en nombre de las compañías inglesas y escocesas, respectivamente.

La denominación OX se hizo para diferenciarla de la O, significando la letra O la palabra "Office", es decir, compañía en castellano, y la X la palabra "Men", hombres.

Tomando como base esa experiencia, se hicieron varias tablas selectas, finales y de conjunto, así como también de hombres, mujeres, de hombres y mujeres, de rentistas, etc.

Una idea de la experiencia tenida en cuen

ta en la confección de esta tabla, la da el hecho de que sólo las pólizas del plan ordinario de vida con participación, empleado en la construcción de las tablas selectas, comprendían 735.079 personas y 9.306.337 años de observación.

La tasa de mortalidad de esta tabla es más baja que la de la tabla HM, y su uso en el país ha ido adquiriendo mayor difusión, pudiendo afirmarse que le disputa el segundo lugar. Varias compañías de esta plaza están en vías de adoptarla.

Nos referiremos ahora a otras tablas de mortalidad más modernas, las que aun cuando su uso en el país es muy reducido, irán suplantando a las que se hallan actualmente en uso, especialmente mientras no contemos con una tabla construida con elementos propios.

Las tablas que citaremos a continuación se deben a experiencias realizadas en los tres países en que el seguro ha logrado mayor difusión, es decir, Estados Unidos, Inglaterra y Alemania. Ellas son:

a) Tabla Alemana de Mortalidad (1926): Fueron construidas bajo la dirección del Dr. A. Abel, tomando como base los datos suministrados por 46 compañías, comprendiendo un período aproximado de 30 años (que finaliza en 1906).

La terminación de las tablas selectas, finales y de conjunto, demoró mucho tiempo, no siendo publicadas hasta el año 1926.

b) American Men Mortality Table (A.M.): Esta tabla fue construida mediante el aporte de datos efectuado por las principales compañías norteamericanas, abarcando la experiencia un lapso de 15 años que finaliza en 1915. Fue publicada en 1918, siendo la más difundida la tabla final (debe notarse

que la tabla fué construida con período de selección).

c) Tabla A - 84/22: Se conoce con este nombre a la más reciente investigación inglesa, que comprende un período de seis años (1924/1929). El resultado final del trabajo realizado ha sido expuesto en cuatro volúmenes, que comprenden un conjunto de tablas.

En empleo es muy reducido, aun en el país de origen, dada la gran diferencia que existe entre las tasas de mortalidad de las tablas empleadas y la de ésta. Sin embargo, su difusión aumenta paulatinamente, y tiende a imponerse a las tablas del siglo pasado.

d) Compendium Standard Ordinary 1941 (CSO): Siguetiza experiencia americana reciente, pues ha sido construida tomando como base observaciones realizadas en el período 1930-1940. La mortalidad indicada es sensiblemente menor a la de otras tablas, lo que resulta lógico si se considera el mejoramiento de las condiciones de vida.

e) Tabla de mortalidad de la población de Italia: Fue construida tomándose en consideración los resultados arrojados por el séptimo censo realizado en Italia, con fecha el 28 de abril de 1931, y la mortalidad observada en el período 1930/31.

Comprende varias tablas, entre ellas una de mortalidad de hombres (IIM : estadística italiana masculina), otra de mortalidad de mujeres (IIF : estadística italiana femenina) y una de ambos sexos (IIMF).

Estas tablas son las más comúnmente empleadas en su país de origen, Italia.

Tabla recomendada por la Superintendencia de Seguros.- Basándose en que las tablas de mortalidad empleadas por las compañías de seguros que operan en el país admi-

con todas de un mismo defecto: ser demasiado antiguas y no reflejan por lo tanto la realidad biométrica actual, la Superintendencia de Seguros de la Nación recomendó por circular del 29 de abril de 1950, la tabla AM(S).

Para llegar a esta conclusión, la Superintendencia hizo la crítica de las tablas usuales. Expuso al respecto, que, constatada la necesidad de adoptar una tabla de mortalidad más moderna, debía elegir entre las siguientes, por reunir los requisitos deseados: la CSO, americana, adoptada por el Instituto Mixto Argentino de Reaseguros; la SIM, italiana, empleada por todas las compañías italianas y extranjeras operantes en Italia; y la AM(S), americana, aplicada por muchas compañías norteamericanas, y en plaza, en los seguros colectivos.

La adopción de la tabla CSO no fué considerada conveniente para la Argentina por la Superintendencia, en virtud de basarse en la reciente experiencia norteamericana, que con ^{ELIMINADO} ~~conduce~~ ~~estas~~ ~~tablas~~ de mortalidad considerablemente reducidas respecto a las de otras tablas, por efecto de los cuidados sanitarios que con los asegurados toman las compañías de seguros, medidas que en la República Argentina—decaís la circular—"no pueden por ahora ser aplicadas por carecer las entidades de normas tendientes a tal fin y por no poder contar el país con los medios de terapéutica moderna que se han desarrollado en E.E.U.U."

Respecto a la tabla CSO, rectificada por el Instituto Mixto Argentino de Reaseguros, la Superintendencia no la consideró básica "por ser una tabla ajustada que sólo responde a teoría y al sólo efecto de adaptación a necesidades comerciales que esta Superintenden-

es preciso de considerar y a la cual por lo tanto es preferible una tabla con datos originales".

Tampoco aconsejó la tabla CIM, que se refiere a la población general italiana, dada la forma en que fué construída en 1931 y por las dadas las condiciones del seguro de vida en Italia-prácticamente un monopolio de Estado, y obligatorio para grandes masas de población- no la consideró conveniente para la Argentina por ser distintas las condiciones y necesidades.

En consecuencia, la Superintendencia aconsejó, para nuestro país, entre dichas tablas, la AM(5), aun reconociendo que las tasas de mortalidad indicadas en ella son indudablemente más bajas que las usuales en la Argentina, pero considerando que "no sobrepasan en ningún caso esos límites de prudencia que hay que tener presentes.."

En favor de la tabla AM(5) alegó la Superintendencia que "el solo hecho de haber sido construída sobre la experiencia de las compañías americanas en los años 1900-1915 es una garantía de seguridad". Agregó dicha institución que, dada los adelantos recientes de la medicina, "actualmente toda tabla más vieja de 10 años puede ser prudencialmente adoptada por estar ya disminuída la mortalidad".

Para finalizar, cabe hacer notar que el campo de observación de las tablas recientes es mucho más amplio que el de las anteriores, debido especialmente a la posibilidad del empleo de equipos mecánicos de compilación.

Asimismo, es necesario destacar, como ya se ha indicado más arriba, la notable disminución de la tasa de mortalidad, como consecuencia del avance de la ciencia médica (especialmente de la medicina preventiva) y del re-

Joramiento experimentado en la mortalidad infantil.

2.- La tasa de interés.

La tasa de interés, junto con la tabla de mortalidad, es uno de los elementos de más importancia para la determinación de las primas de los seguros. Esto se corrobora si recordamos que a mayor tasa de interés tomamos primas inferiores, y a menor tasa, primas más elevadas.

La tasa de interés está reglamentada por el punto 12° del Régimen legal de la Superintendencia de Seguros (t.o.) que establece: "Las primas y las reservas matemáticas pures se calcularán a una tasa que no sea superior al tipo de interés efectivo neto promedio obtenido durante los últimos tres ejercicios, deducido en medio por ciento, y nunca a un tipo superior al cuatro por ciento".

En la República Argentina la tasa de interés empleada ha sufrido un brusco descenso en un lapso relativamente corto; así en la época inmediatamente posterior a la guerra del año 1914 se empleaba el 6%, para reducirse luego al 5 1/2 y 5%, y actualmente en la gran mayoría de las compañías al 3 1/2 y 3%, siguiendo en este sentido una evolución paralela al rendimiento de los títulos públicos.

La tasa de interés aplicada, a los efectos de la determinación de las primas pures se establece generalmente con un criterio más bien restrictivo. Ello se debe a que estos contratos tienen generalmente una duración prolongada, y la tasa de interés, al menos teóricamente, debe permanecer invariable durante todo el plazo. Por otra parte, una tasa de interés menor, al permitir reducir el costo del seguro, proporciona a los aseguradores un elemento de competencia.

Sin embargo, como resultado de la citada dig

posición de la Superintendencia de Seguros se ha uniformado la tasa de interés, lo cual no impide que el asegurador que realice una mejor inversión de sus capitales y obtenga un rendimiento superior, se halle en situación de ventaja con respecto a los otros, ya que ese hecho se refleja en las utilidades.

Las entidades aseguradoras deben vigilar atentamente la rentabilidad media real de sus inversiones ya que de producirse un desajuste con la nominal, ello podría afectar la solvencia de la empresa.

Se nota en estos momentos una corriente en favor del aumento de la tasa de interés de hasta el 4 %. No es, desde luego, ajena a estos propósitos la elevación del tipo de interés en plaza y del dispuesto recientemente para los depósitos en cajas de ahorro, por el Banco Central de la República Argentina.

Este aumento de la tasa permitirá una reducción en el costo del seguro de vida, tan necesaria para su popularización.

El rendimiento de algunas inversiones es hoy sumamente elevado, y no está favoreciendo en su justa medida a los asegurados de vida, sino a los accionistas y principalmente a sus directores, que, en muchos casos, se han constituido en intermediarios para las inversiones de las compañías, dada la demanda de capitales existente en plaza.

3.- Las primas.

El precio que el asegurado paga al asegurador constituye lo que se denomina la prima. Jurídicamente es la contraprestación del asegurado por el compromiso que asume el asegurador.

Clasificación de las primas

a) Prima única. Es el desembolso único y total que debe hacer el asegurado al asegurador para tener derecho a la indemnización, en virtud del seguro contratado.

b) Prima anual. Pero como el seguro, ello es evidente, no podría estar al alcance de las personas que lo necesitan, si la prima debiera abonarse en un sólo importe y por adelantado, es que su pago se fracciona en cuotas anuales.

c) Prima pura o neta. La prima pura o neta está determinada por la tabla de mortalidad que nos proporciona la probabilidad de muerte, y por la tasa de interés. Por lo tanto, esta prima no cubre los gastos correspondientes a las diversas operaciones del seguro; es estrictamente el precio matemático que cuesta asegurar al riesgo.

Desde este último punto de vista, correspondería elevar la prima a medida que transcurre la edad del asegurado, pues con los años aumenta la probabilidad de muerte. Pero también es cierto que la ~~actividad~~ actividad de trabajo de un individuo declina con el avance de la edad; luego el precio progresivo de la prima no resulta conveniente.

d) Prima nivelada. La solución práctica del caso está en la distribución uniforme de los pagos. El asegurado satisface primas mayores, respecto al riesgo, en los primeros años del contrato, y menores de lo que correspondería en los últimos. Pero mediante la prima nivelada, se hacen iguales todos los pagos anuales, y respecto a la prima natural, aquélla debe ser mayor que ésta en los primeros años.

Con las diferencias pagadas de más y sus intereses acumulados, que pasan a poder de la compañía,

Esta queda en condiciones de suplementar los ingresos cuando el costo por mortalidad excede, en los últimos años del contrato, el importe de las primas univeladas.

e) Prima de ahorro. Mediante la prima univelada, el asegurado recibe en los primeros años -cuando la prima fija es superior a la prima natural- una parte que debe reservar para cuando la prima sea insuficiente a los fines de hacer frente al riesgo de muerte y compensar lo que posteriormente recibirá de intereses, conforme a la edad del asegurado.

Esta prima es la que da lugar a la reserva matemática.

f) Prima bruta, comercial o de tarifa. Así se denomina la que resulta de sumar a la prima neta las cargas correspondientes a los gastos de administración y de explotación y también los coeficientes de seguridad que suelen adicionarse. Tales gastos corresponden a contribuciones del personal administrativo, instalación y mantenimiento de oficinas, propaganda, comisiones a los productores, etc., que, como decimos, inciden sobre la cuantía de la prima para.

Las cargas.

Como ha hemos visto, en el cálculo de las tarifas de primas para una póliza de seguro de vida, entran tres elementos: la tabla de mortalidad que proporciona la probabilidad de muerte, la tasa de interés y la carga. Ya nos hemos ocupado de los dos primeros elementos; corresponde ahora que tratemos del último.

Las cargas, que dan lugar a la prima comercial, afectan las tarifas por los siguientes conceptos:

a) Comisión de colocación, correspondiente a los productores, a la que debería adicionarse el sueldo anual con

plementario, el aporte patronal por jubilaciones, etc.

b) Comisión de cobranza, cuyo tanto por ciento depende de que la prima se pague mensual, semestral o anualmente.

c) Margen de seguridad. Es un coeficiente variable, a los efectos de cubrir cualquier derivación que pueda producirse en los elementos que integran las primas.

d) Riesgo de ocupación. Es usual recargar la tarifa con primas adicionales según las peligrosidades de la profesión u oficio del asegurado. Pero considerando el asunto con equidad, lo justo a nuestro criterio - esto como una innovación - es cargar la tarifa general, pero no gravar individualmente ciertos riesgos como los correspondientes a la ocupación de buzo, navegante de submarino, etc., que son funciones peligrosas, prestadas por la Comisión Social, cuyo seguro debe pesar sobre todo el ~~seguro~~ asegurado, ya que esos servicios tan arriesgados se realizan en beneficio de todos.

e) Gastos de administración y propaganda.

f) Recargo por fraccionamiento. La prima, según hemos visto, es anual, pero puede fraccionarse en cuotas para facilitar su pago. Es lógico por ello, que de este fraccionamiento derive un recargo en la tarifa, ya que las primas no ingresan anualmente, por lo cual a esa facilidad de que goza el asegurado debe corresponder una incidencia sobre la cuantía de la prima.

Prima de inventario. Para finalizar este punto, aludiremos a la prima de inventario que está constituida, una vez, por la prima pura, más el recargo por amortización de los gastos iniciales de producción, y otras, por la prima pura cargada con los gastos de administración.

4.-Las reservas matemáticas.

El riesgo o probabilidad de fallecimiento es creciente con el aumento de la edad, después de pasada la infancia y, por lo tanto, si se aplicara un criterio estricto, la prima debería ser creciente todos los años. El inconveniente de este procedimiento es que el crecimiento sería cada vez más acelerado hasta llegar a un punto en que el seguro se tornaría antieconómico. Para evitar este inconveniente, se ha ideado el sistema de prima uniforme, por el cual se cobra siempre la misma prima.

Por lo tanto, al principio la prima es superior al riesgo real e inferior después de cierto número de años. En consecuencia, el asegurador debe reservar esos excedentes iniciales para hacer frente a los déficits posteriores.

La denominación "~~reserva~~ matemáticas" ha sido justamente criticada por los estudiosos, ya que da la sensación de que fuera una reserva del asegurador, cuando en realidad pertenece al conjunto de asegurados. Por ello, se han utilizado más correctas las denominaciones inglesa y alemana, que son "valores de póliza" y "valores de cobertura", respectivamente.

Los seguros en caso de vida dan lugar igualmente a la constitución de reservas matemáticas. Se trata pues de conservar y capitalizar todas las primas abonadas por los asegurados, de modo que permitan al asegurador, llegado el momento, pagar los capitales garantizados.

Toda combinación o seguro mixto se reduce siempre a la yuxtaposición de un seguro de vida y otro de suerte y las conclusiones anteriores subsisten por completo. La reserva matemática del contrato es, pues, la suma de las

reservas matemáticas correspondientes a esas dos operaciones.

En particular, para los contratos suscritos a prima única, el asegurado satisface de una sola vez todas sus obligaciones, y el asegurador está obligado a reservar un capital suficiente que le permita, llegado el momento, cumplir las suyas.

Así, pues, en todos los casos, un contrato vitalicio da lugar, a partir del pago de la prima, a la formación de una reserva matemática, y esta reserva - que para el asegurador es esencial debería calcular en cualquier momento - es la diferencia entre los valores probables en ese momento, de los compromisos del asegurador y del asegurado.

No hay que perder de vista que aquí, como en todos los cálculos vitalicios, no se trata más que de valores probables, en el sentido del estudio de probabilidades, es decir, de valores que pueden presentar discrepancias con la realidad, cuya importancia relativa es tanto más reducida cuanto mayor es el número de cabezas aseguradas.

Las normas de toda buena gestión financiera imponen al asegurador la necesidad de estar siempre a cubierto en cada negocio. Y ya que el pago de las primas sucesivas es facultativo para el asegurado, el asegurador debe estar continuamente en situación de deudor con respecto a él. Por tanto, los compromisos del asegurador deben ser siempre superiores o, por lo menos, iguales a los del asegurado, a partir de la primera prima. En otros términos, la reserva de un contrato no podría ser negativa sin peligro para el asegurador.

Este es un principio absoluto, y el asegurador debe valer porque ninguna póliza de su cartera con porte reserva negativa.

Según el momento en que se calculan las reservas, podemos clasificarlas así:

Reservas Terminales: Son las reservas que se calculan a fin del año de vigencia, y se componen solamente de la prima para riesgos futuros.

Reservas Iniciales: Son las que se calculan al principio del año de vigencia, y están compuestas de la reserva terminal del año anterior (si la hubiere), más la prima neta pagadera al principio del año.

Reservas de Balance: Son las reservas que se calculan a la fecha de balance, la que lógicamente no coincide con la de emisión de las pólizas. Hay distintas modos de calcularlas, y ello se explicará más adelante.

Existen tres métodos para el cálculo de las reservas puras, a saber:

Método prospectivo: Llamado así a propuesta del actuario inglés Mr. Melickie en 1864, porque se basa en los valores actuales de las respectivas obligaciones futuras del asegurado y del asegurador.

Método retrospectivo: Se denomina así a propuesta del propio Mr. Melickie, por fundarse en la consideración retrospectiva o estimación de los hechos consumados.

Los resultados obtenidos por el método retrospectivo y por el prospectivo son naturalmente los mismos. Estos dos métodos son, en cierto modo, complementarios uno del otro. El primero se propone determinar, en un momento dado, el resultado de la capitalización de los excedentes de primas pagadas por el asegurado desde el origen

del contrato, mientras que el segundo evalúa las insuficiencias de los pagos que serán efectuados en el futuro por el asegurado.

Es muy importante señalar que el método retrospectivo, en razón de que hace intervenir el procedimiento de cálculo del descuento vitalicio, es inaplicable para toda combinación cuyas reservas puedan presentar variaciones bruscas, según se produzcan o no ciertas eventualidades.

Método de recurrencia: Este método debido a Teuret y generalizado por Broggi, se basa, para el cálculo, en la reserva del año anterior, y tiene cada año mayor acercamiento a la realidad. Acerca de este método se ha formulado la objeción de que utiliza para el cálculo la reserva del año anterior, acumulando así los errores. La crítica tiene fundamento, pero en la práctica, el cálculo de las reservas no comporta una gran precisión. Sería ilusorio efectuar cálculos numéricos muy ~~complejos~~ sobre la base de los valores probables de la tabla de mortalidad.

Y aun es suficiente, la mayoría de las veces, calcular algunas reservas espaciadas de cinco en cinco años, por el método prospectivo, y construir una curva continua que permita interpolar las demás medidas directas de las ordenadas de la curva, mediante las abscisas expresadas por los números enteros sucesivos. El método de recurrencia, de empleo cómodo, proporciona una aproximación del mismo orden y, por consiguiente, da resultados satisfactorios.

Estos tres métodos se calculan a partir de la prima pura, pero asimismo las reservas pueden ser calculadas a partir de las primas de inventario y de las primas de tarifa.

Existen dos modalidades o criterios acerca de la prima de inventario

a) La prima de inventario se forma con la prima pura más el recargo destinado a la amortización de los gastos iniciales de producción.

b) La prima de inventario se forma con la prima pura más los gastos de administración.

El primer criterio responde al de Zillmer para el cálculo de las reservas de riesgos futuros.

El segundo criterio ofrece menor importancia, por la compensación aproximada que anualmente se opera en el seno de la entidad aseguradora. Tanto es así que en aquellos casos en que el pago de prima es igual a la duración del contrato, las reservas son iguales a las calculadas mediante las primas puras, salvo en las reservas de Balance.

Los gastos de adquisición son amortizados mediante una serie de pagos anuales ~~instituidos en las~~ primas anuales brutas abonadas por el asegurado. Cuando se calculan las reservas por medio de las primas puras o por la prima de inventario no se tienen en cuenta estos ingresos futuros. Así, en las Compañías cuya situación financiera les permite la inmediata amortización total de los gastos de adquisición de cada ejercicio, se procura de este modo un beneficio que vendrá a mejorar la situación de ejercicios futuros, en detrimento del ejercicio en el curso, y en el cual ha sido realizada la operación.

Es lo que les ocurre a la mayoría de las Compañías en épocas de producción normal. Tal práctica contribuye a asegurar la estabilidad de una empresa, aumentando el total de las reservas destinadas a prevenir las discrepancias anormales. Los socios no podrán quejarse, a pesar del retraso ocasionado en la distribución de beneficios realmente adquiridos.

des.

Pero cuando se trata de una sociedad mutual es de suma importancia asegurar a cada generación de socios la distribución exacta de los beneficios a que tienen derecho, cuidando de no lesionar a los antiguos asegurados en favor de los más recientes.

Puede ocurrir además que sea imposible la amortización de los gastos de adquisición de un ejercicio en el curso del mismo, incluso para una sociedad que disponga de grandes recursos, cuando la producción haya sido particularmente elevada.

Por estas razones algunos actuarios, entre los cuales, el más conocido es el Dr. Zillmer de Stettin, han propuesto modificar el cálculo de las reservas con la prima pura, tal como se realiza en la mayoría de los países europeos, distribuyendo en una determinada proporción (llamada cuota de Zillmer), la reserva del primer año.

La suma necesaria para el pago de los gastos de adquisición resulta así disponible (teóricamente al menos) desde el comienzo del contrato. La anulación de la reserva del primer año, al parecer, puede hacerse sin ningún inconveniente, ya que la póliza no tiene en este momento ningún valor de rescate. Es muy importante, sin embargo, que esta reserva no resulte negativa, lo cual impone una limitación en los gastos de adquisición, limitación que en la práctica podrá no estar de acuerdo con las necesidades.

Este método se reduce a considerar, para el cálculo de la reserva, que la prima única del inventario representa las obligaciones del asegurador, mientras que la prima comercial neta, libre de los gastos de cobranza, sirve para valorar las obligaciones del asegurado.

El método de Villmer ha sido muy criticado e incluso prohibido en la mayoría de los países europeos. La fijación del monto de la "prima reserva" que sirve para valuar las obligaciones del asegurado, es arbitraria y puede dar lugar a abusos; la suma destinada a gastos de adquisición sólo está sujeta a ser inferior a un cierto límite fijado por la condición de que la reserva no ha de ser nunca negativa. De luego, este límite es, por lo general, insuficiente y con frecuencia ampliamente superado por los gastos de adquisición, en realidad desaholsons.

La ventaja del referido método consiste en permitir el desarrollo de una compañía de seguros al comienzo de un rápido aumento de cartera.

Su inconveniente principal consiste en reducir las reservas que, teóricamente, siguen siendo insuficientes, al se desprecia la influencia de las discrepancias anormales. Pero estas discrepancias se pueden producir, y el asegurador que se conforme con reservas reducidas se halla en una situación análoga al que se contenta con percibir primas pures, es decir, que juega indefinidamente a un juego equitativo.

Corre así el riesgo de ser arruinado por las discrepancias anormales.

Al Sr. Höckner de Leipzig, que no ha tenido en cuenta los peligros de una práctica que se aproxima cada vez más al juego equitativo, ha preconizado el empleo de reservas inferiores a las que proporciona el método de Villmer. Para determinar la prima suficiente que entra en el cálculo de las obligaciones del asegurado, añade a la prima de Villmer el recargo medio para gastos de gestión. La cuenta anual relativa a cada contrato se establece deduciendo de la prima suficiente cobrada, la prima de riesgo y las sumas necesarias para regular los gastos de gestión y de adquisición sin

temos a hacer aparecer una reserva negativa de primer año que será imputada la segunda prima al mismo tiempo que los gastos.

Se ha limitado mediante ley, la duración del plazo en que se deben amortizar los gastos de adquisición, o sea que al finalizar este período hay que tener constituida la reserva pura de la póliza.

El total de las reservas matemáticas constituye la partida más importante del pasivo de las Compañías de seguros de vida. En el momento del inventario anual, es preciso calcular el monto de las reservas a suscribir en el "debe" de la cuenta de cada categoría, y las que se deben llevar al "haber" de la cuenta correspondiente del siguiente ejercicio.

Para la rapidez de los cálculos, interesa agrupar en lo posible todas las pólizas de una misma categoría. El ideal sería no tener que efectuar más que un cálculo por categoría.

Por el método listado, el cálculo de las reservas agrupadas sobrepasa en el 12% a las reservas calculadas, contrato por contrato. Esta diferencia es perfectamente admisible, pues el cálculo normal no permite obtener con certeza una precisión mayor.

5.- Valores garantizados.

Los valores garantizados son diversas opciones e las que el asegurado tiene derecho después de haber pagado cierto número de primas, generalmente los tres primeros años, cuando desea rescindir el contrato.

Estos valores se originan precisamente en las reservas matemáticas, ya que si el asegurador las retuviera para sí, resultaría un despojo en perjuicio del

asegurado. Sin embargo, la descontinuación de los seguros origina perjuicios por los que el asegurador tiene derecho a resarcirse. Son los siguientes:

a) Comisiones no amortizadas. Es sabido que en el negocio del seguro, las comisiones que se cobran son fuertes, y que el asegurador o él las puede amortizar totalmente en caso de que el asegurado cumpla con el contrato.

b) Desalojación de capitales. Las compañías deben colocar sus fondos con el objeto de obtener las rentas necesarias para la constitución normal de las reservas retentivas, y la venta de títulos, etc., para pagar esos valores garantizados, los originaría pérdidas.

c) La antiselección. Los aseguradores han observado en la práctica que las personas que rescinden sus contratos lo hacen porque se hallan en buenas condiciones de salud, pues de lo contrario, harían todos los sacrificios posibles para continuarlos, ya que es cuando más necesidad sienten de ellos.

Sin embargo, de estas tres causas que son las más comúnmente citadas, la más importante es la primera, que es real en todos los casos.

La causa b) puede tener importancia cuando las rescisiones sean frecuentes y en cantidad. Para estos fines, los aseguradores siempre tienen sumas elevadas encaja o en bancos, que les permiten hacer frente a las descontinuaciones normales. Además, en los otros valores garantizados, como seguro saldado y seguro prorrogado, la rescisión no significa ningún desembolso de dinero.

Respecto al punto c) podemos decir que los perjuicios son relativos, ya que las compañías obtienen elevadas ganancias de mortalidad, debido a las tablas que

utilizan.

Las empresas, por la fuerza de una competencia cada vez mayor, elevan en forma creciente los valores de rescate, y puede decirse que sólo toman en cuenta las comisiones no amortizadas, y ello porque se ven obligadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Los valores garantizados que se acuerdan generalmente son:

a) Valor de rescate o de préstamo: De acuerdo con éste, todo asegurado tiene derecho a solicitar un préstamo con garantía de su póliza, según un cuadro que se inserta en este documento.

b) Póliza saldada. En este caso el asegurado recibe una póliza del mismo tipo que la que contrató, sin ulterior pago de primas, por un capital que depende del número de primas pagadas.

c) Póliza prorrogada. La póliza continúa en vigor por el total del capital, pero en forma de seguro temporario. En los seguros a reserva elevada, con los dotales simples o dotales doble capital, también se acostumbra a entregar una suma al vencer el plazo del seguro original, si el asegurado llega con vida.

Además existe la cláusula de "no caducidad", que cada vez tiene mayor difusión, y que recientemente ha sido establecida por la Superintendencia de Seguros como condición obligada de póliza. En virtud de ella, el seguro continúa en vigor mientras el valor de rescate alcanza para pagar los primos y los intereses correspondientes. Esta cláusula es sumamente útil para aquellos casos en que el asegurado no paga los primos por omisión, ya que le permite continuar el seguro sin ningún trámite.

Volveremos a considerar estos valores de rescate al tratar las condiciones de póliza, ya que los mismos forman parte del contrato de seguros. Pero cabe destacar aquí la conveniencia de que los organismos aseguradores ofrezcan a los asegurables valores garantizados en el menor plazo de vigencia del seguro, y que los importes abonados por estos conceptos sean mayores, para que si el asegurado desiste del contrato, la suma que reciba no sea ínfima con relación a lo pagado.

De esta manera se lograrán más adherentes al seguro. Al respecto, no pueden dejarse de mencionar los seguros de la Caja Nacional de Ahorro Postal, que otorgan ya valores de rescate al cumplirse solamente dos años de vigencia de la póliza.

6.- Los requisitos médicos y la técnica facultativa.

El seguro de vida ha originado en la medicina una especialidad con bases científicas propias, cuya función es la de seleccionar los riesgos, valúandolos y clasificándolos.

La intervención facultativa en el seguro de vida no solamente determina las personas asegurables y las no asegurables sobre la base del estado de su salud, sino que permite, mediante la acertada estimación de los riesgos, acordar los beneficios respectivos sin perjuicio para el asegurador. En la técnica del seguro, respecto al sector de personas denominado de "anormales", se otorgan las pólizas mediante un recargo compensatorio de las primas.

Los métodos de valuación y clasificación fundados en la estadística y estudiados con criterio médico han permitido el progreso de la institución del seguro de vida. El

buen informe médico es la condición primera para la debida selección de los riesgos, y el acierto del examen depende de la capacidad del facultativo, de donde se infiere la necesidad de contar con un personal experto en esta rama de la medicina.

Toda entidad de seguros bien organizada debe contar, pues, con una oficina médica especializada, cuyos informes concientes y completos acerca del estado físico del asegurable permitan determinar sobre firmes bases los casos de aceptación denominados normales, y aquellos otros que, por significar un riesgo mayor, deben sufrir recargo, rechazo o postergación, según el resultado que arrojan las comprobaciones facultativas. En determinadas circunstancias habrá también que establecer requisitos médicos complementarios.

Valuación médica de los riesgos asegurables.

El estudio estadístico comparativo entre la mortalidad registrada y la mortalidad esperada en grandes masas de asegurados ha dado origen al "método numérico de valuación" de los riesgos asegurables, que combinado con las normas fundadas en el buen criterio médico, constituye el llamado "método clínico-estadístico" de uso corriente.

Conforme a esta técnica, se trata, dado un riesgo, de establecer el grupo de sobremortalidad probable en que debe ser clasificado. El porcentaje de mortalidad que determinan las tablas para cada edad, es la mortalidad esperada por el asegurador, o sea el 100 %.

Ahora bien, efectuada la clasificación del riesgo, puede suceder que la "mortalidad registrada" o "rating" sea superior al 100 %, en cuyo caso lo que excede de este límite expresa el número de veces en que la probabilidad de supervivencia de los así valuados es menor que en los casos normales.

Esto no significa que al completarse el número de años asegurado por la tabla como de vida probable para el grupo de esa inicial, debe haberse producido la muerte de todos sus integrantes.

La valuación médica no permite determinar qué individuo, dentro del grupo, ha de morir antes, sino que ubi en cada caso dentro del conjunto que ofrece esa probabilidad de muerte.

La clasificación del riesgo se hace valorando con puntos cada una de las factores que inciden sobre él: compleción física, historia familiar, antecedentes personales patológicos, hábitos y taras (afecciones actuales o secuelas constatadas en el examen).

La compleción, que es el coeficiente resultante de la relación entre el peso, la talla y los perímetros torácico y abdominal, suministrada ^{EN 1933 1943} "estándar" básico que, para los casos considerados normales, tiene el valor convencional de 100 puntos.

Los puntos correspondientes a la estimación de cada uno de los demás factores, son dados por las tablas de los manuales de valuación, de acuerdo con la edad del asegurado, la antigüedad de los hechos constatados y sus características clínicas.

Las tablas de valuación que se utilizan para estos efectos son la Latíac-Americana y la aconsejada últimamente por el Instituto Nacional de Reaseguros.

Seguros con y sin requisitos médicos.

Hemos visto en el capítulo II de este trabajo que, desde el punto de vista de las exigencias físicas, los seguros de vida se clasifican en seguros con requisitos médicos y seguros sin requisitos médicos, exigiéndose para los

primero una de las dos formas consabidas: declaratoria de salud o examen facultativo.

Los seguros con examen médico exigen la presencia del asegurable ante el examinador, que somete al interesado a un interrogatorio contenido en el formulario usual, denominado "Declaración del asegurable" y que pueda resumirse así:

1) Datos personales; 2) antecedentes de familia; 3) hábitos de vida y ocupación; 4) historia médica; 5) riesgo normal; 6) estado físico actual.

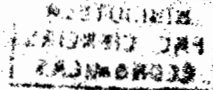
La declaración del asegurable se efectúa conforme a un formulario de tipo "standard", cuya uniformidad se ha logrado mediante las normas impuestas por el Instituto Mexicano de Reaseguros, hoy Instituto Nacional de Reaseguros. Este, en su calidad de reasegurador, ha consultado para ello el beneficio que reporta adecuar los datos y las declaraciones de salud a las exigencias técnicas de una acertada valuación, que tanta importancia tiene también desde el punto de vista del reaseguro.

Huslga decir que el examen médico no se practica para establecer el estado de salud o la enfermedad que padezca el solicitante. Su objeto es determinar si el riesgo puede tomarse, dentro del "rating" que la compañía aseguradora admite, con recargo o sin él. De ahí la importancia de la exactitud en las respuestas a las preguntas del formulario, pues la falsedad puede dar motivo, en caso de fallecimiento, a la nulidad del seguro. Por consiguiente, los médicos deben actuar a conciencia y con celo y seguridad, para evitar serias deficiencias en la declaración, aun en las que puedan cometer de buena fe.

El asegurador debería asumir su plena responsabilidad

bilidad sobre la base del dictamen médico, desde la fecha de vigencia del seguro, por lo cual corresponde que efectúe, si no le son suficientes los requisitos médicos, las averiguaciones sobre el estado físico del interesado antes de suscribirse el contrato, y no esperar a que se produzca el siniestro para hacer la posterior las comprobaciones sobre la salud del asegurado. Esto, según suele decirse, no es colocación de seguros, sino venta de plaitos.

El médico - sea facultativo dependiente del asegurador o médico de arancel - , al dar por bueno un examen, está imprimiendo curso favorable a los requisitos de asegurabilidad del solicitante. En el primer caso, es la compañía la que otorga su conformidad, y en el segundo, se acepta una pericia médica por la cual la empresa paga honorarios previamente establecidos.



Asimismo, el asegurador puede exigir nuevo examen y aun requisitos complementarios antes de aceptar el riesgo, al asegurable, el cual con sus declaraciones, de buena fe, no da importancia a ciertos síntomas que, en realidad la tienen, y se preocupa más por otros que no la ofrecen desde el punto de vista clínico.

No sucede lo mismo con los seguros sin examen médico. En estos casos, si media declaración de salud, la correspondencia de las respuestas con la realidad física del asegurable es de suma importancia, dado que el facultativo debe determinar acerca del estado general del solicitante, sobre la base de su declaración.

De lo expuesto surge también la existencia de responsabilidad por lo que atañe al médico examinador. En efecto deberá responsabilizarse al asegurado o al facultativo, en caso de deficiencias del examen, manifestadas en la insuficien

cia de la observación o en la falta de claridad de sus preguntas?

De cualquier manera, es evidente que un estudio detenido del asegurable puede aclarar previamente los distintos aspectos que interesan al asegurador, el cual no debe esperar el siniestro para entrar a considerar la validez del contrato.

Es indudable que para un diagnóstico exacto sobre el estado de salud de un solicitante, son necesarios radiografías, análisis y demás comprobaciones clínicas. Por motivos que se fundan en razones de economía, (celeridad en los trámites de emisión) y en el propósito de no ahuyentar a los clientes con demasiadas exigencias, los exámenes médicos complementarios se solicitan en contadas oportunidades.

Por ello, si se acepta la declaración de salud confeccionada por el interesado y el médico examinador, ¿tendrá derecho la entidad aseguradora, llegado el caso, a aducir reticencia o falsa declaración, salvo aquélla que rige en los contratos en general? O por lo menos, ¿no debería establecerse, como ya existe en algunas legislaciones, que transcurrido un plazo determinado, el seguro no pueda ser atacado de nulidad por reticencia o falsa declaración?

En cuanto a los seguros sin examen médico, según hemos dicho, se acuerdan sobre la base de la declaración de salud manuscrita por el interesado. El formulario comprende también los requisitos del que usa el médico para los seguros con examen facultativo, pero la interpretación del estado físico corre por cuenta del asegurable, sin intervención del clínico.

El cuestionario respectivo también ha sido uniformado con intervención del Instituto Nacional de Reaseguros, respecto a los límites de capitales y edad que rigen para estos

seguros, nos hemos ocupado en el capítulo respectivo, así como de las ventajas y desventajas que ofrecen sobre los seguros con examen médico.

ESTADO LIBRE ASOCIADO
DE PUERTO RICO
SECRETARIA DE ECONOMIA

C A P I T U L O I V

Régimen legal y contractual

- 1.- Disposiciones de nuestros Códigos
- 2.- Leyes y decretos reglamentarios
- 3.- El contrato
- 4.- La póliza
- 5.- La prescripción en el seguro de vida

1.- Disposiciones de nuestros Códigos.

Código de Comercio.—Nuestro Código de Comercio en el Libro Segundo, ^{TÍTULO VI} ~~TÍTULO VI~~ Sección Tercera, se ocupa del Seguro de Vida en particular, y sus disposiciones abarcan desde el artículo 549 al 557.

Después de establecer en su primer artículo de esta sección, que "la vida de una persona puede ser asegurada en favor de algún interesado", se ocupa en los artículos siguientes, del interés asegurable, de los elementos básicos que debe contener la póliza, de la nulidad del contrato, del cambio de residencia, de la ocupación del asegurado y también de su desaparición.—

Pero en la Sección Segunda del Código, donde trata de los seguros en general, es donde encontramos las disposiciones de orden general en la materia, que son aplicables también al seguro de vida. Así, son disposiciones que se refieren o son de aplicación al seguro de vida, los artículos 498 al 506, el 408 y el 503, los que van del número 505 al 510, y los números 522 y 523.

Fuera del capítulo que trata de los seguros, encontramos en el mismo código otras disposiciones que si bien son de aplicación a los seguros en general, lo son también para el seguro de vida. Así, por ejemplo, el artículo 8º, que declara acto de comercio a los seguros, y el artículo 853, que establece la prescripción al año de las acciones derivadas del contrato de seguros.

Código Civil.—El punto primero del Título Preliminar del Código de Comercio establece que se aplicarán las disposiciones del Código Civil en los casos que no estén regidos por el de Comercio.

Son muchas los problemas y situaciones que pueden originar el contrato de seguros y especialmente el de vida y que deben encontrar solución en disposiciones del Código Civil. En caso de la desaparición del asegurado, cuya vida o muerte es el motivo del seguro, allí está contemplado en el art. 587 del Código de Comercio, deberá recurrirse a los arts. 110 al 125 del Código Civil. Asimismo puede ser necesaria la aplicación de los arts. 545 y 567 que tratan de las obligaciones, del 572 que trata de la renuncia de los derechos y de los números 1101 y 1122 sobre prueba de contratos.

Pero es acerca del Contrato de Renta Vitalicia que debe recurrirse indeliberablemente al Código Civil, ya que en él se legisla en forma especial, comprendiendo sus disposiciones desde el art. 2070 al 2088 del Título XII.

Del análisis de las disposiciones de nuestra legislación de fondeo, surge sin necesidad de un estudio profundo, que la misma adolece, en lo que se refiere a seguros y especialmente al de vida, de importantes fallas, siendo a la vez sus disposiciones incompletas para la actualidad. Es induda-

ble que no podamos responsabilizar a nuestro codificador de las deficiencias que podamos notar hoy, si tenemos en cuenta que el código de Comercio data del año 1829 y que el seguro había alcanzado escaso desarrollo en aquella época, especialmente en nuestro país.

Muchas son los trabajos efectuados tendientes a mejorar nuestra legislación en materia de seguros, como así también varios los proyectos de leyes que pretendieron legislar en forma integral la materia; pero lo cierto es que nunca llegaron a concretarse en realidad. Con la creación de la Superintendencia de Seguros en el año 1938 por vía de un decreto, fueron perfeccionándose mediante normas reglamentarias las condiciones, no sólo de explotación del seguro, sino también legales, en virtud de la intervención que la Superintendencia tiene asignada en la aprobación de las Condiciones de Póliza, que constituyen prácticamente el contrato del seguro.

Por ello, sería un error entrar a analizar las disposiciones de nuestro código sin tener en cuenta las dictadas por la Superintendencia de Seguros y en especial las condiciones de póliza que aprueba a las entidades que operan en nuestro país. Con esta intervención se trata de mejorar en la póliza las deficiencias de nuestra legislación y sus condiciones actuales señalan el adelanto que la técnica y la experiencia aseguradora han ido introduciendo en los contratos de seguros. Dichas condiciones señalan también asimismo, las cláusulas que podrían mejorarse en beneficio del seguro, del asegurado y beneficiarios, de contar con una legislación de fondo que satisfaga las necesidades de este importante medio de previsión, que como hemos dicho en capítulos anteriores, merece estudiarse nuevamente y adecuarse al interés económico-social de la hora en que vivimos.

2.- Leyes y decretos reglamentarios.

En primer término tenemos que referirnos a la ley 3942 del 11 de agosto de 1930 que vino en su época a dar solución a un importante problema, que de no ser así, hubiera perjudicado enormemente a la evolución del seguro de vida. Por esta ley, se estableció que el seguro de vida constituye un bien de exclusiva propiedad del beneficiario y su importe no respondería en ningún caso a las obligaciones que el asegurado tuviera a la fecha de su fallecimiento, punto este del que nos ocuparemos al tratar del beneficiario en el seguro de vida.

Forma parte de la legislación de seguros, como ya hemos hecho referencia más arriba, la ley de creación de la Superintendencia de Seguros (art. 102) texto ordenado, ley 11672 (edición 1938) la cual en su art. 2 establece: "Créase la Superintendencia de Seguros, dependiente del Ministerio de Hacienda, con los siguientes fines y atribuciones: 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, modelo de contratos, balances, funciones y conducta de los agentes e intermediarios y publicidad en general". Los artículos 3, 10, 12, y 16, del mencionado texto ordenado tratan en forma especial de diversas tópicos relacionados con el ramo de vida, sin que ello signifique que los restantes, referentes a disposiciones de orden general en la materia, no sean de aplicación al seguro de vida.

A su vez, el decreto 22250 del 6 de febrero de 1939 reglamentario del régimen legal de superintendencia de seguros, contiene disposiciones de carácter general de aplicación a todas las entidades que operan en seguros, ya sean

nacionales, extranjeras, mutualidades o cooperativas y cualquiera sea el ramo o ramos en que operen. Pero merced a esta carta en este capítulo el artículo 14, el cual establece entre otras disposiciones "que la implantación o la modificación de planes, pólizas, tablas, etc." deben ser sometidas a consideración de la Superintendencia de Seguros antes de utilizarse o aplicarse. A su vez, el art. 15 trata en forma especial sobre las inversiones de las reservas matemáticas, técnicas, suplementarias, como así también de los procedimientos para la inversión de los fondos en poder del asegurador.

Desde su creación, la Superintendencia de Seguros ha dictado gran número de disposiciones, en virtud de las facultades otorgadas por el Texto ordenado y Régimen Legal de su creación. Lo propio ha hecho el Ministerio de Hacienda, como Secretario de Estado, de la cual depende la Superintendencia de Seguros. La ^{EDICIÓN 1941} ~~que más se refiere~~ ^{LEY} que se menciona en este capítulo de nuestro estudio, es la que lleva el n° 1308 del Ministerio de Hacienda, del 23 de agosto de 1941, que faculta a la Superintendencia de Seguros para denegar la aprobación de cláusulas de pólizas, mediante las cuales se pretende modificar el régimen de prueba de nulidad del seguro por declaración reticente o falsa del asegurado, estatuida por el artículo 498 del Código de Comercio; la n° 1927 también del Ministerio, de fecha 31 de diciembre de 1941, en virtud de la cual "las pólizas de seguros pueden contener cláusulas que modifiquen disposiciones de las leyes de fondo, siempre que dichas modificaciones sean aprobadas por la Superintendencia de Seguros".

Esta resolución corroboró lo manifestado en el apartado anterior donde señalamos ciertas deficiencias de nuestro código, que se las ha querido superar en la práctica por la vía tal vez menos conveniente.

En cuanto a las resoluciones de la Superintendencia de Seguros relacionadas especialmente con el ramo de vida, merece señalarse la n° 1019 sobre publicidad del seguro de vida; la n° 1565 que da normas sobre capitales mínimos para las empresas aseguradoras, en la que se hace un distinción para las que operan en vida; la n° 1499 sobre recargo en las primas de los seguros de vida para compensar las erogaciones impuestas por el decreto 8312/48; la resolución 1690 sobre capitales mínimos, prima de emisión y planes de organización y de operaciones, en la que se establece también que para operar en el ramo de vida, debe contar la sociedad con un capital mínimo de \$ 500.000.-; la 1768 sobre pagos fuera de plazo de gracia; la 1801 sobre eliminación de todo recargo no autorizado y supresión de los "Derechos de Póliza"; la 1907 sobre procedimientos a seguir con las entidades que entran en estado de liquidación; la n° 1918 que fija normas acerca de la responsabilidad del asegurador mientras el asegurado no abona la prima, obligación de no retener la póliza en caso de préstamo, etc.

3.- El contrato.

El artículo 492 del Código de Comercio establece que "el seguro es un contrato por el cual una de las partes se obliga, mediante cierta prima, a indemnizar a la otra de una pérdida o de un daño, o de la privación de un lucro esperado que podría sufrir por un acontecimiento incierto". Al no existir otra definición para el seguro de vida en la sección tercera que legisla en forma especial para el mismo, parecería que el legislador entendió que la definición dada por el artículo 492 alcanzaba al seguro de vida.

Si así fuera no podría admitirse por incompleta, y sobre todo por considerar al seguro de vida como un contrato indemnizatorio.

En el seguro de bienes si podemos considerar que tiene por objeto indemnizar una pérdida sufrida por el asegurado, pero en el de vida, en el que está en juego la existencia o la muerte del asegurado, no puede admitirse que la suma que se paga al beneficiario sea una indemnización, aun en el caso de que la subsistencia del beneficio dependa de la vida del asegurado. Distinta es la situación del asegurado en los seguros de bienes materiales, donde el riesgo no se resarcen por la vía del seguro, del daño que el acontecimiento imprevisto haya causado al bien asegurado.

La definición que da el código permite, sin embargo, establecer cualquiera sea el riesgo que cubra, que el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso y de una característica especial que le da el carácter de aleatorio. Es aleatorio por cuanto está sometido a un acontecimiento incierto, o cierto como en el seguro de vida, pero que no se sabe cuando va a ocurrir. Sin embargo, considerado el seguro en conjunto desde el punto de vista de su explotación, no es aleatorio, pues ya sabemos que con la ayuda de la estadística, de la matemática y en la mutualidad, el seguro ha dejado de ser aleatorio para convertirse en una operación perfectamente realizable, con resultados estadísticos y económicamente previsibles.

4.- La póliza.

La póliza es el documento que el asegurador entrega al asegurado donde constan las condiciones particulares y generales del seguro contratado. Si bien el contrato de seguro como ya lo hemos estudiado es consensual, es decir, conforme al artículo 303 del Código de Comercio el contrato de seguro se perfecciona por el mero consentimiento, y los derechos y obligaciones recíprocas del asegurador

y asegurado cumpliran desde que se ha verificado la conven-
 sión, aun antes de la suscripción de la póliza", en la póliza
 tipo aseguradora no se llama por asegurado, especialmente
 en el seguro de vida, hasta tanto no se emita la póliza, de
 donde se deduce la fecha y hora exacta desde la cual la compañía
 corre el riesgo. Y esta idea, hasta hace muy poco tiempo, tan-
 to en las pólizas como en la póliza existían disposiciones
 en el sentido de que la responsabilidad del asegurador co-
 menzaba cuando el asegurado había abonado la prima o docu-
 mentado al premio respectivo o el asegurador entregado la
 póliza al asegurado. En el ramo de vida, por su parte, se
 establecía que la póliza constituía recibos de la primera
 prima o cuota y que la compañía comenzaba a correr el riesgo
 siempre que al momento de hacer entrega de la póliza al
 asegurado se encontrara con buena salud. La resolución n.^o
 1919/500 de la Superintendencia de Seguros dispone que se
 aplicaran estas disposiciones ^{de la póliza} documento del
 seguro, y estableció un plazo de gracia para el pago de
 la primera prima o cuota similar al que existe para las
 renovaciones.

Por otra parte, la póliza constituye por
 excelencia el medio de prueba del contrato de seguro, si
 bien el Código de Comercio, art. 506, admite todo otro medio
 de prueba, si ya hay un principio de prueba por escrito. En
 cuanto a la entrega de la póliza, los arts. 507 y 508 esta-
 blecen que el asegurador debe entregarla al asegurado an-
 tes de las 24 horas si el seguro ha sido convenido directo-
 mente, y si no mediado corredor debe ser entregada dentro de
 los ocho días de concluido el contrato. Como veremos más
 adelante, el artículo de la contratación de un seguro, es-
 pecialmente el de vida, da lugar en la práctica, a que la

entrega de la póliza se haga en plazos muy distintos.

Con respecto al contenido de la póliza, el artículo 351 del Código de Comercio dice que la póliza de seguros sobre la vida contendrá: 1°) el día del contrato; 2°) el nombre del asegurado; 3°) el nombre de la persona cuya vida se asegura; 4°) la época en que los riesgos empezarán y acabarán para el asegurador; 5°) la cantidad por la cual se ha asegurado; 6°) la prima o premio del seguro.

A su vez el artículo 352 del código establece que "la avaluación de la cantidad, y la determinación de las condiciones del seguro, quedan al arbitrio de las partes". Este artículo nos señala lo anticuado del código. Actualmente las condiciones de póliza para cada plan son uniformes, es decir, sus cláusulas son similares, si bien de muy pocas las variantes que ofrecen las condiciones que las pólizas en las distintas compañías. Esto se debe al perfeccionamiento que han tenido los seguros, y especialmente a la intervención del Estado, que por intermedio de su organismo de control, verifica las condiciones contractuales, tratando de mejorar sus condiciones, que sus cláusulas sean claras, y que el asegurado no sea perjudicado. Es por estas circunstancias que muchos autores sostienen que el seguro y en especial el de vida, es un contrato de adhesión, dado que el asegurador no entra a discutir las cláusulas de la póliza en los seguros individuales, ya que la entidad aseguradora no introducirá modificaciones según los deseos de cada asegurado. Es justamente esta la causa que justifica sin discusión la intervención del organismo de control-en nuestro país la Superintendencia de Seguros-que en representación de los intereses de la población supervisa y aprueba las pólizas a emitir por las entidades aseguradoras. Tal es la uniformidad de las pólizas, que ellas con-

tiengan impresas todas las disposiciones relacionadas con el contrato de seguro, quedando en blanco solamente las espaldas para llenar con el nombre del asegurado, beneficiario, capital asegurado, vigencia, fecha de pago de primas y fecha de cesación.

Por revestir el carácter de contrato, las pólizas son emitidas por las compañías en un solo ejemplar, que se entrega al asegurado y está firmado solamente por el asegurador; y más aún, las pertenecientes a entidades importantes están firmadas en forma impresa por las autoridades de la entidad aseguradora, y referenciadas en forma manuscrita por el Gerente u otra persona autorizada. Lo manifestado señala la estandarización a que se ha llegado, como así también las diferencias notables con la letra de la legislación de fondo, para lo cual la póliza no es el contrato sino su instrumentación o consecuencia y las ~~condiciones~~ ^{condiciones} del seguro son las estipuladas por las partes. Por ello consideramos que al estudiarse e encararse la reforma de nuestro código debe contemplarse la conveniencia de establecer como único contrato la póliza de seguro, que por otra parte no sería una novedad, por cuanto ya la mayoría de las leyes de los Estados de la Unión así lo exigen. Esta disposición no solo beneficiaría al seguro, sino al asegurado, que quedaría protegido de todo engaño o ignorancia. Por otra parte, se legalizaría lo que la práctica aseguradora ha impuesto.

Haremos a estudiar la póliza del seguro de vida, para hacer el estudio y análisis de sus condiciones, puntualizando algunas objeciones que nos merecen ciertas cláusulas.

La póliza, como ya hemos señalado, constituye el instrumento del contrato del seguro. Le emite el asegurado.

der a nombre del asegurado en un solo ejemplar según ya lo hemos destacado, conteniendo solamente con la firma del asegurador. Pero se hay que olvidar, que el asegurador la emite sobre la base de una solicitud firmada por el asegurado, donde constan sus datos personales, acompañando una declaración de salud en el caso del seguro sin examen médico; o el examen médico en el caso de que se exija este requisito. Como lo establece la misma póliza, esta solicitud forma parte integrante de ella, por cuya circunstancia no es necesario transcribir todo su contenido, especialmente los requisitos de orden médico. Sin embargo, en algunos países ciertas compañías adjuntan copia fotográfica de las declaraciones de salud del asegurado.

Constituyen la póliza: a) las condiciones particulares (por lo común en la portada del documento) y b) las condiciones generales (interior de la póliza) como así también los endosos, que son generalmente insertados en la parte posterior de la póliza en un libro especialmente reservado para ese objeto. Se ha impuesto asimismo, por razones prácticas, el usarse un volante aparte, que el asegurador envía al asegurado para que agregue a la póliza como parte integrante del documento. Asimismo suelen incorporarse a la póliza, con la denominación de contratos adicionales, que ellos riesgos complementarios que habitualmente ofrecen los aseguradores y que el asegurado toma voluntariamente.

a) Condiciones particulares.

Las condiciones particulares de la póliza establecen en términos generales, la obligación del asegurado de pagar la prima en cuota única o periódica según la modalidad de pago adoptada, y del asegurador de pagar el capital asegurado, en una suma o en forma de renta, al ocurrir el fallecimiento del asegurado o al sobrevivir a la época fija

da, según la modalidad del seguro tomado, además del objeto del seguro, del nombre del asegurador y del asegurado, consta también el del beneficiario, salvo que los deseos del asegurado hubieran sido dejar como beneficiarios los herederos legales, en cuyo caso también debe establecerse esa voluntad. Establezca también las condiciones particulares, el monto del capital asegurado, la fecha inicial de vigencia del seguro, constando al pie de la póliza la fecha de emisión y las firmas del asegurador. Si bien las condiciones particulares establecen características fundamentales del seguro, se remiten a las condiciones generales en virtud de ser ellas las que tratan en forma amplia las obligaciones de las partes contratantes. Es decir, entonces, que las condiciones particulares del seguro, como su denominación lo indica, contienen los datos personales del asegurado y las condiciones particulares de la operación, ya que todas las disposiciones aclaratorias figuran impresas en las condiciones generales.

b) Condiciones generales

Constituyen las condiciones generales de la póliza las disposiciones contenidas en el contrato de seguro. Estas disposiciones son comunes en todas las pólizas del mismo ramo y plan, y se las denomina, también, uniformes, por ser similares en todas las entidades de seguros. Tal uniformidad se ha ido elaborando, primitivamente, por razones de competencia entre los aseguradores, conforme a la evaluación experimentada por el seguro; y más tarde, por la intervención del organismo fiscalizador—en nuestro país, la Superintendencia de Seguros— que verifica y estudia las diversas cláusulas, tratando de darles no sólo claridad, sino también de adecuarlas a las conveniencias del seguro, y bregando, asimismo, en representación de los asegurados, para que éstos no sean defrau-

dados en los propósitos que tuvieran al contratar la operación.

Las condiciones generales contienen los siguientes puntos:

- 1°. Objeto del seguro.
- 2°. Bases del contrato, exactitud y veracidad de las declaraciones, reticencia y falsa declaración.
- 3°. Vigencia del seguro
- 4°. Forma y pago de las primas.-Flujo de gracia.
- 5°. Discontinuidad en el pago de las primas. Cesación de pagos-Caducidad-Rehabilitación. Transformaciones:a) valor de rescate;b) seguro saliente;c) seguro prorrogado;d) no caducidad por falta de pago;préstamo automático.
- 6°. Préstamos sobre pólizas o anticipos.
- 7°. Pago del seguro. Opción de vencimiento-Requisitos-Edad del asegurado.
- 8°. El beneficiario.-Interés asegurable.
- 9°. Riesgos no cubiertos y restricciones.-El suicidio.
- 10°. Cesión.
11. Disposiciones legales a aplicar.
12. Domicilio
13. Jurisdicción y competencia.
- 1°. Objeto del seguro.

Algunas pólizas contienen en su primer artículo -y lo consideramos desde todo punto de vista ventajoso tanto para el asegurado como para la entidad aseguradora-, la definición u objeto del seguro de que trata la póliza, en forma de enunciación o característica esencial del plan, de tal manera que de la misma pueda advertirse sin necesidad de leer lo de el contrato, que se trata de un seguro determinado, por ejemplo: ordinario de vida, dotal, etc. A título ilustrativo transcribimos:

escribimos el texto de un artículo de una póliza vital que sigue la disposición que comentamos:

"Este seguro tiene por objeto la formación de un capital pagadero al asegurado al vencimiento del período establecido .

"Si el asegurado falleciera antes del vencimiento de dicho período, estando la póliza en vigor, el pago del capital asegurado se hará al beneficiario instituido por aquél."

Esta definición u objeto del seguro o del plan, inserto en la primera parte de la póliza, es muy ilustrativa para el asegurado, ya que los vocablos vital, ordinario de vida, etc., no están muchas veces al alcance del vulgo, y el interesado debe estarse a las explicaciones del agente de la compañía.

N.º.- Base del contrato.- Veracidad y exactitud de las declaraciones.- Veracidad y exactitud de las declaraciones.

En el capítulo I del libro IV del Código de Comercio que trata de los seguros en general, el art. 498 establece:

"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 enterado del verdadero estado de la cosa, hace nulo el seguro."

Relacionado con este aspecto del seguro, las pólizas vigentes contienen una disposición, más o menos del siguiente tenor:

"La veracidad y exactitud de las declaraciones y respuestas formuladas por el asegurado en la solicitud y declaración de salud; o "en la solicitud respectiva y ante

el médico examinador" en los seguros con examen médico) constituyen la base determinante de este contrato. Toda falsa declaración o reticencia en que incurra el asegurado al celebrar este contrato, anula el mismo, siempre que la compañía, de haber conocido la verdad, no lo hubiera aceptado."

Sabido es que el seguro es un contrato por el cual una de las partes -el asegurador- se hace cargo de un riesgo y la otra -el asegurado- se compromete a abonar por ello una prima.

Para que el asegurador considere la conveniencia o no de tomar el riesgo, necesita una declaración escrita u oral del asegurable donde manifieste, en el caso del seguro de vida- que es el que nos interesa a los fines de este estudio- las condiciones de salud en que se encuentra, es decir, las condiciones del riesgo.

Si el asegurado en esa declaración no manifiesta las enfermedades que padece, o bien ciertos males que le aquejan, incurre en falsa declaración. Si no dice todo lo que sabe respecto a su salud u omite declarar circunstancias por él conocidas, comete reticencia.

Ahora bien, el art. 498 que comentamos es de aplicación general tanto para los seguros eventuales como para los seguros de vida.

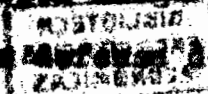
Sin embargo, un breve análisis de los requisitos que deben cumplirse para la contratación de un seguro eventual y un seguro de vida, nos sugiere la idea de que no pueden aplicarse las disposiciones del art. 498 con igual criterio o con igual alcance en caso de litigio por falsa declaración o reticencia.

En un riesgo eventual, el seguro de automotoras por ejemplo, el interesado presenta una solicitud al seg

guardar con los datos personales, características y condiciones en que se encuentra el automóvil que desea asegurar. El asegurador inspecciona el coche y si ésta reúne los requisitos de asegurabilidad necesarios, toma el riesgo y emite la póliza.

En el seguro de vida la situación se presenta en una forma distinta, como veremos en seguida.

En los seguros eventuales el siniestro es probable, pero no cierto; en cambio, en el seguro de vida fatalmente debe ocurrir. Lo que no se sabe es cuándo ocurrirá; por ello y por tratarse de contratos de larga duración y de máxima previsión, no debería diferirse para el momento del siniestro el examen detenido del riesgo.

En los ramos eventuales, el asegurado es también el beneficiario del seguro, pues a él debe indemnizarse; por ello, producido el siniestro, el asegurador y el asegurado pueden presentar las pruebas  de sus derechos, pero producido el siniestro de vida y ante la muerte del asegurado, el beneficiario puede no estar en posesión de los antecedentes necesarios para defenderse ante el asegurador.

El seguro de vida es por excelencia un medio de previsión y una protección que el asegurado desea dejar a los suyos, y no es posible que transcurridos por ejemplo veinte años de contratación del seguro y de pago de primas, el asegurador ponga reparos al pago del siniestro.

A los efectos de dilucidar el problema que estudiamos, debemos señalar que en materia de seguros de vida existen—teniendo en cuenta los requisitos de orden médico que deben cumplirse—dos grandes grupos: seguro sin examen médico y seguro con examen médico. De ellos nos ocuparemos a continuación.

En el seguro sin examen médico, la declaración de salud que realiza el asegurable al presentar su solicitud de seguro constituye el único elemento con que cuenta el asegurador para juzgar el riesgo y aceptarlo con o sin recargo de prima. Si único, decimos, sin considerar los otros medios de información que podría utilizar, por ejemplo, informes confidenciales de agencias especiales o antecedentes de rechazos de otras compañías, etc., pero que no siempre se obtienen o resultan de utilidad.

En el seguro sin examen médico el asegurador no conoce al asegurado sino por conducto del gestor de la operación, que si bien es representante del asegurador, lo es solamente para la contratación, y en muchos casos su interés pecuniario en ella o su desconocimiento de la importancia de la declaración de salud, hace que el asegurado no sea todo lo explícito y veraz que es necesario. Facilita esto la circunstancia de estar permitido, en general, que la declaración que comentamos la escriba un tercero o el mismo agente, y si a esto agregamos la gran cantidad de preguntas que contienen los formularios que se utilizan para la declaración de salud del asegurado, especialmente las referentes a antecedentes familiares y enfermedades que de tan de muchos años atrás, es necesario mantener el cuidado a fin de conseguir una exacta determinación de si hubo reticencia de su parte o si, de existir, no se debe a deficiencias o anomalías de los representantes del asegurador.

Distinta es la situación de los seguros con examen médico. En éstos, la declaración del asegurado es formulada verbalmente al médico examinador que lo interroga, y forma parte integrante del examen que le practi-

es. En tales casos, el facultativo que interviene por parte del asegurador tiene en sus manos todos los recursos necesarios para comprobar mediante un examen, la exactitud de la declaración, o aclarar cualquier punto dudoso recurriendo a exigencias complementarias (análisis de orina, de sangre, radiografías, etc.)

La intervención del médico asegurador evita la antiselección, por cuanto las tablas de mortalidad, factores principales para la determinación de la prima, están construidas sobre un conjunto normal de asegurables, y existen recargos para los casos de agravaciones del riesgo que el examen médico trata de descubrir y clasificar.

Por eso, pues, destacarse la importancia de la misión que cumple el facultativo del asegurador, que al aprobar el examen está aprobando los requisitos de asegurabilidad del solicitante. De modo que el médico examinador y el que dictamina en última instancia deben ser de suma agudeza probada, a fin de evitar que una posible negligencia suya haga que al contratarse el seguro se produzcan, como se ha dicho, un pleito a plazo más o menos largo, que redunde siempre, en definitiva, en perjuicio de la institución del seguro.

Un detenido examen puede evitar la intención de fraude de algunos asegurables, y tanto es así, que la experiencia indica que los casos más importantes de defraudación fueran efectuados con la complicidad del médico o a lo menos debidos a su negligencia.

No todas las enfermedades que padece o ha padecido el solicitante las puede determinar el médico asegurador, si el asegurable no las declara por no recordarlas o no juzgarlas de importancia, o con el propósito de

obtener el seguro.

Pero no por ello el asegurador y su médico deben despreciarse de saber la verdad, respaldándose en que no se efectuarán las averiguaciones hasta después de producido el siniestro, oportunidad en que se determinará si el interesado, al tomar el seguro, incurrió o no en reticencia o falsa declaración por no haber manifestado el verdadero estado de su salud.

Un previo examen médico completo y prolijo puede dejar aclaradas debidamente las condiciones de asegurabilidad del solicitante. Por otra parte, si producido el siniestro, se comprueba que el médico no ha procedido con la minuciosidad e inteligencia debidas, el perjuicio consiguiente debe recaer sobre el asegurador y no sobre el beneficiario.

En conclusión, surge la necesidad de no dejar las obligaciones del asegurado en un doble SISTEMA DE REGISTRO mayor responsabilidad para el asegurado en los seguros sin examen médico; mayor responsabilidad para el asegurador en los seguros con examen médico.

Entrando más concretamente al estudio de los múltiples aspectos de la reticencia y de la falsa declaración, es necesario prestar atención al modo como se han llevado a cabo.

A fin de no caer en situaciones injustas, es preciso considerar si la reticencia o la falsa declaración han existido en respuestas a preguntas concretas o no. No es lo mismo, por ejemplo "cuántos cigarrillos fuma usted por día?" que "¿se considera usted actualmente sano?". La primera se refiere a un hecho perfectamente concreto, cuya respuesta necesariamente debe ser clara y sin lugar

a dudas; la segunda puede dar lugar a una serie de apreciaciones de índole subjetiva que podrían motivar, en un momento dado, la alegación de reticencia o de falsa declaración.

Debe extenderse el análisis además, a fin de ver si no cabe alegar que han existido deficiencias en la solicitud, admitidas por el asegurador. La mayoría de las preguntas que contiene la declaración del asegurable, se contestan con un "sí" o con un "no", no sabiéndose en los casos en que son contestadas deficientemente con un guión, si la respuesta es afirmativa o negativa.

Debe tenerse presente además si ha existido ignorancia de parte del asegurable acerca de su verdadero estado de salud, aun estando bajo tratamiento médico. Puede ocurrir que no conozca suficientemente la índole de su enfermedad o que, precisamente ²⁴¹²⁸⁰¹³ por su gravedad o importancia, o por la índole psíquica del asegurable, estas circunstancias le hayan sido ocultadas por sus familiares o por su facultativo.

No se dejan de tener presente, no obstante, las dificultades que pueden existir, muerto el asegurado, para poder determinar y probar al a la fecha de contratación del seguro o con posterioridad, si el asegurador llegó a conocer su verdadero estado de salud. Pero no es menos cierto, salvo cuando se prueba anabidamente la mala fe del asegurable al tiempo de la contratación del seguro, que su presencia misma hace que la resolución de esta situación sea favorable a los beneficiarios, sobre todo, si, como veremos más adelante, se reúnen una serie de circunstancias que pueden pesar sobre una decisión en tal sentido, entre las cuales no podemos dejar de mencionar, de

de ahora, el tiempo de duración que lleve el contrato al momento de producirse el siniestro.

Correlativamente a esta situación de conocimiento o desconocimiento del asegurable de la veracidad con que estos declaran hechos y circunstancias, debe tenerse presente si el asegurador conoció el verdadero estado del riesgo, ya sea al momento de contratarse el seguro o durante su vigencia, y si agotó, dentro de sus posibilidades, los medios de información necesarios para llegar al conocimiento de la verdad.

Es posible admitir, en ese orden de ideas, por simples razones de equidad, que el asegurador perciba primas durante un tiempo más o menos prolongado, conociendo de la reticencia o la falsa declaración en que incurrió el asegurado, o despreocupándose por su conocimiento y que, en definitiva, se apoye en ese conocimiento de los hechos para negar el pago del capital asegurado. Si el asegurador, al tener conocimiento de la verdad de los hechos, no se pone en contacto con el asegurado, ya sea para rescindir el seguro o para ajustar la prima de acuerdo con el riesgo verdaderamente asumido, dentro de un plazo prudencial, debe entenderse que admitió tácitamente que ello no provocaba una agravación del riesgo y que, en consecuencia, el seguro seguía en pleno vigor sin restricciones de ninguna naturaleza.

Debe considerarse también si la reticencia o la falsa declaración han recaído sobre hechos o circunstancias que no han influido al próxiimo ni remotamente sobre el siniestro en sí. Es perfectamente lógico que si el asegurable ha negado u ocultado aspectos de su salud que, en definitiva, han provocado su deceso, el asegurador ha

ga hincapió en ello para fundamentar su negativa al pago del capital asegurado. No lo es, por el contrario, que la ocultación se refiera a supuestos por completo ajenos a las causas del fallecimiento. Así, por ejemplo, en el primer supuesto, una persona que a sabiendas ha ocultado su insuficiencia hepática, la cual, a la postre, ocasiona su muerte y, en el segundo supuesto, el mismo asegurado que fallece por un accidente callejero.

No debe olvidarse aquí, no pens de dejar incompleto este planteo, que estamos frente a un contrato de adhesión donde el asegurado debe pedirse a las condiciones del asegurador, las cuales a mayor abundamiento, son prácticamente uniformes.

No obstante estas consideraciones, es de hacer notar que el Código no hace distinciones, y "ubi lex non distinguit....", no es posible ^{apelando} hacer valer esta serie de circunstancias. Ello no impide que calificásemos de injusta la posición del Código a la luz de las distintas anteriores que hemos analizado. En ese orden de ideas, una solución evidentemente más lógica es la de la ley francesa de 1930, reproducida en su esencia en el artículo 94, último párrafo, del proyecto de ley de seguros de la Superintendencia de Seguros de la Nación del año 1948, que dispone que en los casos que la reticencia o la declaración inexacta hubieran sido alegadas después de producido el siniestro, la indemnización se reducirá proporcionalmente al monto de las primas pagadas respecto del que teóricamente hubiese debido pagarse si el riesgo hubiese sido exactamente declarado y siempre que los hechos o circunstancias objeto de la reticencia o de la declaración inexacta hubieran influido en el siniestro.

No olvidemos aquí, al hacer la crítica del Código, la época ya lejana en que fue dictado y la correctiva evolución que ha experimentado el seguro en estos últimos años.

Ello no obsta a que una crítica como la presente pueda servir de base a futuras reformas que lo concuerden en consonancia con el progreso de instituciones que, como la que nos ocupa, han sufrido tan extraordinarias modificaciones desde la sanción del Código.

Cabe agregar aún, la opinión de Rivarola sobre la materia (Tratado de Derecho Comercial Argentino, 1940, Tomo IV, pág. 284 y sigs.), coincidente en general con las argumentaciones que venimos exponiendo:

"Para fundamentar este nombre obsoleto y parcialmente en su texto de seguros, se invoca la obligación en que está el asegurado de declarar todas las circunstancias relativas no sólo al "verdadero estado de la cosa", sino de las que se relacionan con el riesgo asumido, que es el sentido en que verdaderamente debe entenderse la disposición, porque el objeto del seguro no son las cosas mismas, sino el riesgo al que se encuentran sometidas y también lo que se infiere claramente de las palabras finales del artículo, a saber, las circunstancias que hubiesen "impedido el contrato o modificado sus condiciones".

Para precisamente por la característica que se le atribuye en la doctrina, de ser un contrato esencialmente de buena fe, esta condición no puede considerarse únicamente con respecto al asegurado, sino por una errónea inteligencia del artículo 485 podría crearse, sanción tan grave como la de nulidad que la ley impone y a cuyo respecto la cuestión sólo surgirá, por lo general, cuando el siniestro

está ya producido, no puede calificarse sin un atento examen de los hechos y una justa apreciación del texto legal.

Desde luego, debe tomarse bien presente que la falta de declaración o la reticencia sólo pueden ser "de circunstancias conocidas del asegurado", pero aun así, dichas circunstancias deben ser tales que "si el asegurador hubiese sido considerado" habrían "impedido el contrato o modificado sus condiciones". Una sola advertencia, resulta así que la buena fe que la ley quiere, debe ser recíproca: está entre las partes y no recae únicamente al asegurado. Y aun puede afirmarse que esa buena fe debe todavía ser mayor en el asegurador, que en el contratante que sabe cuáles son las circunstancias que, dentro de la técnica del seguro, pueden alterar las condiciones del contrato o impedir su celebración, en tanto que el asegurado puede muy bien no atribuirles importancia alguna".

Continuando el análisis del artículo en cuestión, cabe referirse ahora a la intervención de peritos que en él se menciona.

De la lectura del art. 498 pareciera que la determinación de la falta de declaración o de la reticencia en bre circunstancias conocidas por el asegurado, queda supeditada al juicio de peritos y más aún, subordinada a las disposiciones de la jurisprudencia, casi uniforme en este sentido, de que sólo deben ser apreciadas por peritos, sino que el juez no puede apartarse de las conclusiones de la pericia.

La jurisprudencia es terminante en este sentido: "La reticencia debe ser apreciada indiscutible e indefectiblemente por peritos y el tribunal no puede apartarse de sus conclusiones" (Cán. Com. Sup., setiembre 24 de 1945

J.A.1943-IV-466, C.R.166-511); "La prueba de peritos impug-
 ta por el art.498 del Código de Comercio es ineludible y sus
 conclusiones se imponen al juez" (Cámara Comercial, Capital, ago-
 sto 21 de 1946.-"La Ley", 44-117, Repertorio VIII).

La doctrina, en general, se inclina por la solu-
 ción contraria y ella nos parece más lógica, atento el prin-
 cipio de la libertad judicial para decidir sobre la bondad o
 conveniencia de estarse a las conclusiones de los dictámenes
 periciales.

Debemos agregar aún que lo que debería estar
 a juicio de peritos no es la reticencia o la falsa declara-
 ción que anula el seguro, sino si la falsa declaración o la re-
 ticencia hubiesen impedido el contrato o modificado sus con-
 diciones. Esta interpretación surge del análisis del artículo
 1671 del Código portugués, fuente de nuestro codificador. In-
 terpretado en la forma señalada ^{ARTÍCULO 1671} - significa res-
 tringir la libertad de apreciación del juez y supeditar en fal-
 lo al dictamen pericial.

Se conviene que la intervención de los
 peritos sobrevenga como consecuencia de la acción judicial
 entablada por los beneficiarios contra el asegurador al resha-
 zar éste el pago del siniestro, fundándose en reticencia o en
 falsa declaración.

La pena que establece el Código es la nulidad
 del seguro. Pero sucede que esta pena de nulidad trae apa-
 rejada la pérdida total o parcial de primas para el asagu-
 rado, según se trate de nulación por dolo, fraude, o mala fe,
 o de buena fe respectivamente. Así lo consideran los artícu-
 los 522 y 523.

Art. 522. - Cuando hay nulidad del seguro en

todo o en parte y el asegurado ha obrado de buena fe, el asegurador debe restituir el premio o la parte de premio que haya recibido hasta la cosa concurrente de los riesgos que no haya corrido.

"Hay igualmente lugar a la repetición del premio, si la cosa asegurada ha perecido después de la perfección del contrato, pero antes del momento en que los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador.

"En todos los casos en que el asegurado recibe indemnización por el daño o pérdida, no debe el premio por entero.

"Art. 523.— Si el contrato se anula por dolo, fraude o mala fe del asegurado, gana el asegurador el premio íntegro, sin perjuicio de la acción original a que pueda haber lugar."

En primer lugar, ^{ALTERNATIVA} ~~debemos~~ declarar que si el seguro es nulo, en rigor de verdad el asegurador no ha corrido ningún riesgo y no habría lugar, en consecuencia, al pago de las primas. Lo que cabría, únicamente, sería el cobro de la parte de prima correspondiente a gastos, pero no de la prima pura o de tarifa.

En realidad, parecería que el código, al establecer que la prima queda en poder del asegurador en el caso de mala fe, ha sancionado esto como una penalidad.

Por otra parte, es ilógica la disposición del artículo 523, en su primer párrafo, si, uniendo la argumentación anterior, no se alcanza a comprender cómo no hubo riesgo, puede hablarse de riesgo corrido.

En consecuencia, pues, detenerse un poco más en la consideración de este aspecto de la nulidad del seguro y de las consecuencias que puede derivarse de esta sanción de

la ley.

Mucho más de acuerdo con la técnica aseguradora y con sanos principios de derecho, es distinguir, como primera medida, si ha habido buena o mala fe. Ello ya nos dará una primera regla de comparación para tratar cada caso.

Los casos de mala fe merecen, lógicamente, toda la sanción de la ley. No así los de buena fe, para los que corresponde, únicamente, ajustar el capital asegurado teniendo en cuenta las primas pagadas y las que en realidad, debieran haberse pagado.

En ese mismo orden de ideas, en su proyecto de reformas al título VI, libro 2º del Código de Comercio (Cámara de Senadores, Diario de Sesiones, año 1941, págs. 157 y sigs.), el senador Serrey abordaba así este aspecto:

Art. 72.- Noticias y declaraciones falsas y engañosas. Será factible el seguro de una persona en caso de retenciones o de falsas ^{ADIV. 1. 141} declaraciones intencionales del asegurado o de la persona contratante del seguro, acerca de las circunstancias que, conocidas por el asegurador, le habrían retraído verosimilmente de la celebración del contrato o le habrían inducido a alguna modificación importante en sus condiciones, aun cuando esas circunstancias no hayan tenido efecto sobre el siniestro.

Se reputa de esa naturaleza las circunstancias acerca de las cuales el asegurado ha formulado preguntas concretas y no equívocas.

Prounciada la nulidad por las causas en éste artículo, las primas pagadas pertenecerán al asegurador a título de indemnización de perjuicios.

Si las declaraciones inexactas o las retenciones se han debido a ignorancia o error, se rescindirá el

seguro cuando las circunstancias recién conocidas hagan exceder el riesgo de los límites que el asegurador tiene fijados para contratar. El contratante de la póliza tendrá derecho pro concepto de devolución de primas, a una suma equivalente al valor de recorte de la póliza al tiempo de su rescisión.

"Si las circunstancias recién conocidas no excedieran de esos límites, el asegurador podrá elevar desde el comienzo las primas en relación con las nuevas circunstancias y conforme a las tarifas que haya tenido en vigencia al tiempo de la celebración del contrato, y cobrar las diferencias capitalizadas a una tasa de interés no superior al seis por ciento".

También distingue la reticencia y la falsa declaración de buena fe, el proyecto de ley de la Superintendencia de Seguros del año 1949, que hemos hecho referencia más arriba. Elimina ~~de~~ ^{la} mala fe como agregado de la percepción de las primas vencidas por el asegurador, en concepto de daños y perjuicios. Para los casos de buena fe admite el ajuste de las primas a del capital, según que la reticencia o la falsa declaración hayan sido alegadas antes o después del siniestro.

En idéntico sentido se pronuncia la ley argentina de 1908, para la cual sólo se anula el seguro cuando existen deficiencias o errores de indudable importancia, practicándose el ajuste de primas en caso contrario.

Para evitar que el asegurador abuse, aduciendo de infundadamente una reticencia del asegurado, se ha incorporado recientemente al texto de las pólizas una disposición previzora. Cuando especialmente convenido, establece la misma, que el asegurador no podrá invocar como reticencia

cia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa o claramente en la solicitud y en la declaración de salud.

En conclusión entendiéndose que para juzgarse la reticencia y la falsa declaración deben tenerse en cuenta las siguientes factures:

- a) Que ellos hayan sido producidos a sabiendas o intencionalmente con el propósito de lograr el seguro;
- b) Si se deben a deficiencias en la solicitud admitidas por el asegurador;
- c) Tiempo durante el cual estuvo en vigor el seguro, su monto con relación a las posibilidades del asegurado, y parangoneo del asegurado con el beneficiario;
- d) Si el seguro es con o sin examen médico;
- e) Si el asegurado ha ido en busca del seguro o si el gestor de seguros ha ido a su domicilio u ocupación a interesarlo;
- f) Que los antecedentes no declarados u ocultados sean de una magnitud tal, que de ser conocidos por el asegurador éste no hubiera tomado el seguro o lo hubiera hecho en otras condiciones;
- g) Que los antecedentes ocultados tengan relación con las causas del siniestro;
- h) Que el asegurador no haya llegado a conocer los antecedentes ocultados a la fecha de contratación del seguro o durante su vigencia.

Asimismo, sería oportuno que en una eventual reforma de la legislación de fondo, se consideraran los siguientes aspectos:

- a) Necesidad de que el Código, en lo que respecta a seguros de vida, se ocupe de la reticencia y de la falsa declaración

ración en el capítulo correspondiente, teniendo en cuenta sus particularidades.

b) Fijación por disposición legal de un plazo—por ejemplo, cinco años—dentro del cual el asegurador pueda pedir la anulación del contrato por reticencia o por falsa declaración. Pasado ese período, no podrían alegarse estas causas de nulidad.

c) Establecer que el informe pericial sobre la existencia o no de falsa declaración o de reticencia—sistemas que, generalmente se atizan al punto de vista técnico, exclusivamente—no debe ser prueba que se imponga al juez sobre toda otra, sino que corresponde pasar todos los factores que hemos analizado, antes de decidir al respecto.

5°.-Vigencia del seguro.

Las condiciones generales de las pólizas establecen en forma general que el seguro entrará a regir en la fecha indicada en ellas. Se ~~debe~~ ^{debe} ~~en~~ ^{en} la fecha que se ha ya insertado en las condiciones particulares de la misma, que en general es la que establece el asegurador, con acuerdo del asegurado.

A este respecto, cabe hacer resaltar la diferencia que existe entre el procedimiento que se sigue en la práctica y la disposición del Código de Comercio, cuyo art. 505 dice:

"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".

De la disposición legal transcripta, surge

claramente el carácter consensual del contrato de seguro, sin embargo, hemos visto ya cómo en la práctica se contrata el seguro, las características peculiares que reviste la póliza y las posibilidades que posee el asegurado de establecer variaciones en sus condiciones o en su vigencia. Es decir, que en la práctica, de consensual se transforma en un contrato real y hasta de adhesión.

Como ya hemos dicho anteriormente, hasta hace muy poco tiempo, aun la misma fecha de vigencia inserta en la póliza y a que hemos hecho referencia, se modificaba por el hecho de no haber el asegurado abonado las primas, o no reunir éste a la fecha de vigencia otros requisitos indispensables para entrar en vigor el seguro.

Así es que existían cláusulas del siguiente tenor: "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 buen estado de salud".

Otra establecía: "La póliza es irrevocable e 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".

Ya hemos dicho también que por Resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación de fecha 2-8-50, se dispuso que las entidades de seguros deberán eliminar de los elementos contractuales que tengan en uso (solicitud, póliza, etc.) cualquier referencia a la circunstancia de que la responsabilidad del asegurador comenzará cuando se haya abonado o documentado el premio respectivo o entregado la póliza al asegurado. Asimismo se establece en la mencionada resolución, para el caso especial de Vida, que debe eliminarse toda mención en el sentido de que la póliza constituya recibo por la primera prima y de que la compañía sólo comenzará a correr el riesgo si

al momento de la entrega de la póliza al asegurado se halla gozando de buena salud.

En párrafo aparte la misma resolución añade :
 "sin embargo, en estas pólizas se agregará una cláusula por la cual al mes, y nunca a menos de 30 días de emitida la póliza o de la fecha en que comienzan los efectos de la misma según cual fecha sea posterior sin que haya satisfecho la prima o cuota de prima correspondiente, el asegurador podrá exigir sobre la prima o cuotas de prima impagos y a partir del vencimiento de dicho plazo, el interés que correspondería en el caso de préstamo sobre póliza, o bien podrá rescindir el contrato dando aviso al asegurado mediante nota certificada."

Ante esta disposición, un seguro de vida entra en vigor a la fecha de vigencia estipulada en la póliza, y el asegurado tiene un plazo de 30 días para pagar la prima, circunstancia ésta que obliga al asegurador a abonar el siniestro si se produce el fallecimiento del asegurado en ese período de gracia.

Forma y pago de las primas-Plazo de gracia.

En esta cláusula de la póliza se establece en forma general, según las características del plan, la forma de pago de sus primas (anual, semestral, trimestral o mensual). La elección de la forma de pago por parte del asegurado se deja establecida en las condiciones particulares de la póliza.

Se establece también en este artículo de las condiciones generales de póliza, el lugar donde debe efectuarse el pago de las primas. Se norma establecer al respecto, que el pago debe realizarse en las oficinas del asegurador, como así también que goza de un plazo de gracia de 30 o 40 días para el pago de las primas ulteriores, manteniendo el seguro pl no vigor. Sobre el pago de la primera prima, ya nos hemos ocup

pede en el punto anterior al hablar de la vigencia del seguro, dada la relación que tiene con la misma, así como hecho ya conocer las nuevas normas que rigen respecto al primer pago.

Se surta usualmente también establecer que, si el asegurado fallece durante el plazo de gracia, la prima adeudada debe descontarse del capital asegurado al liquidarse el seguro.

Como podemos advertir, las disposiciones que contiene el Código de Comercio sobre pago de primas, tanto en la sección correspondiente a los seguros de vida como en la de seguros generales, son insuficientes. De ahí que los aseguradores establecieron disposiciones que contemplaran sus intereses en la forma que ya hemos comentado, pero la intervención de la Superintendencia de Seguros hizo que dichas disposiciones se orientaran en un sentido favorable al asegurado.

5°.-Discontinuidad en el pago de las primas.-

Distingue con las situaciones que se presentan en el seguro de vida en caso de falta de pago de la prima estipulada. Ello depende principalmente, de que dicha falta de pago se opere antes o después de los 2 o 3 años de vigencia, que da derechos al asegurado a un valor de rescate. Cabe señalar a este respecto, que las pólizas de vida que emiten las entidades de seguros sólo tienen derecho al valor de rescate a los tres años de vigencia, mientras que las pólizas que emite la Caja Nacional de Ahorro Postal otorgan dicho valor de rescate a partir de los dos años.

Las pólizas que no han alcanzado esa antigüedad y el asegurado no abona más primas -no tienen derecho a valor de rescate, ni a las variantes que más adelante consideraremos y que se refieren a la transformación del seguro en un seguro salado o a gozar de los beneficios de la cláusula

de no caducidad.

Por consiguiente, toda póliza sea el seguro de vida entera, dotal, u otro plan cuyo asegurado haya dejado de pagar las primas entre de los 2 o 3 años, según lo establecen sus condiciones generales-entra en caducidad, una vez cumplido el plazo de gracia, pudiendo sin embargo posteriormente rehabilitarse.

Rehabilitación : Consiste en permitir al asegurado volver a contar con su seguro caduco. Para ello, debe, como es lógico, satisfacer algunos requisitos, que por norma general son: nuevo examen médico y pago de los premios atrasados e intereses por la mora incurrida.

El plazo máximo fijado para la rehabilitación es distinto según las pólizas, pero en las últimas aprobadas se establecen tres meses para la rehabilitación del seguro sin pago de intereses y sin límite de tiempo, si abonar interés, que es generalmente del 5 o 6% anual.

Cuando la póliza ha alcanzado el período necesario para obtener valor de rescate-dos o tres años según hemos ya dicho- el asegurado puede acogerse a algunos de los siguientes derechos estipulados por las condiciones de póliza, y que pueden ser:

Valor de rescate-Valor saldado-valor prerrogado. Ahora bien, si no se acogiera a ninguna de esas cláusulas, entra a jugar la nueva disposición que contienen las pólizas de vida por resolución de la Superintendencia de Seguros y que se denomina "No caducidad".

Valor de rescate: Al abonando la prima del seguro a su vencimiento y no desistiendo el asegurado rehabilitar su seguro, corresponde que el asegurador le haga entrega del valor de rescate, ya que el seguro ha quedado rescindido. El importe que corresponde restituir al asegurado está dado por

los años de vigencia de la póliza, cuyo importe se indica en la tabla de valores inserta en la misma.

Seguro salido: El asegurado puede optar, en lugar del valor de rescate, por una póliza con un capital pe cuado conforme a la Tabla de Valores garantizados inserta también en la póliza, rigiendo las mismas condiciones de la póliza originaria, pero sin más pagos de prima ni derecho de préstamos.

Seguro prorrogado: El asegurado puede mantener su seguro por el total del capital, sin pago de prima, pero por un período menor, que se establece en el cuadro de Valores Garantizados. Esta opción ha entrado en desuso con motivo de la incorporación de la cláusula de "No caducidad", dado que la misma ofrece mayores ventajas al asegurado.

No caducidad: Establece esta cláusula que si después de haber sido pagadas las primas ^{de} los ^{tres} años, según el plazo que de la póliza para gozar del derecho al valor de rescate, el asegurado no abona el pago de prima posterior y no solicita el valor de rescate o el seguro salido o prorrogado que le acuerda la póliza, el asegurador aplicará automáticamente la suma necesaria para renovarla por un año (o por un plazo menor, si no hubiere suficiente disponibilidad), deduciéndola del importe que corresponde al asegurado por valor de rescate disponible, después de deducir cualquier otra deuda relacionada con la póliza; y repetirá la misma operación hasta que la deuda total acumulada iguale el valor de rescate, oportunidad en que la póliza quedará exenta de plano derecho sin necesidad de aviso ni de llenarse ninguna formalidad.

El asegurador debe comunicar al asegurado, dentro de los 30 días, la entrada en vigor de la cláusula de no caducidad. Asimismo establece que toda aplicación automática

de rescate al mantenimiento en vigor de la póliza se considerará como un anticipo ordinario acordado en la fecha de los vencimientos respectivos, que estará sujeto a las condiciones establecidas en el artículo que trata de los préstamos sobre pólizas.

Como podrá apreciarse, esta disposición ofrece importantes ventajas a los asegurados con respecto al seguro protegiendo y también sobre el seguro salado. La aplicación de esta cláusula no exige examen médico, que es condición indispensable en las rehabilitaciones. No trae aparejada la reducción del capital asegurado como en el seguro salado al transformarse su seguro vital en vida entera como sucede en el seguro protegiendo. Asimismo, en determinadas casos la aplicación de esta cláusula puede, si el valor de rescate de la póliza lo permite, cubrir la totalidad de las primas correspondientes al plazo que ~~se~~ ^{se} ~~extiende~~ ^{extiende} hasta el vencimiento del seguro, percibiendo el asegurado el importe de su seguro si es vital, deducida desde luego, las primas correspondientes.

6°.- Préstamos sobre pólizas o anticipos.

Forma parte de las condiciones de los seguros de vida, esta cláusula por la que se otorga o facilita dinero al titular del seguro en calidad de préstamo. Esta facilidad fue propuesta para evitar la caducidad o la falta de continuidad en el seguro por razones económicas del asegurado, muchas veces pasajeras. De esta forma, si el asegurado necesita dinero, puede recurrir al asegurador, siempre desde luego que su seguro tenga una antigüedad suficiente como para dar derecho a un valor de rescate. La garantía del préstamo la constituye la misma póliza, sin significar con ello que deba rescatarla el asegurador. Por resolución 1916/30 de la Superintendencia, se estableció que debían hacerse

las anotaciones correspondientes en la póliza y en ningún caso puede retenerla el asegurador. Hay entidades aseguradoras que ofrecen distintos tipos de préstamos con cobro y sin cobro de intereses. Así tenemos que la Caja Nacional de Ahorro Postal ha establecido los Préstamos Ordinarios y los Familiares. Los primeros se otorgan con un interés del 5 % mientras que los familiares son sin interés. Los préstamos pueden ser amortizados en forma parcial o total durante la vigencia del seguro; los intereses, en cambio, deben ser cobrados conjuntamente con las primas, pero en forma adelantada, ya sea mensual, bimestral o anual, según la periodicidad con que se abona la prima.

En el caso de que el asegurado no abone la prima e intereses del préstamo a su vencimiento, y el asegurador aplicara las disposiciones de la cláusula de "No caducidad" deducirá previamente del valor de rescate el monto del préstamo adelantado, a fin de ^{2011 143} establecer el saldo a aplicarse como prima para mantener la póliza en vigencia, entendiendo que cualquier pago que el asegurado efectúe es aplicado en primer término a cancelar los intereses del anticipo.

7°.- Pago del seguro: Opciones al vencimiento-Resignaciones - Pago del asegurado.

El pago del seguro se opera según el plan. Es decir, si es vital, al vencimiento de la póliza o a la fecha de fallecimiento del asegurado si ésta se produce con anterioridad. Si se trata de un seguro de vida entera, a la fecha del fallecimiento del asegurado. Pero estos pagos pueden ser efectuados en distintas formas, según las posibilidades que ofrece el asegurador y los deseos del asegurado.

Así es, que con el nombre de opciones al vencimiento, el asegurador ofrece al asegurado algunas de las

siguientes formas de pago del seguro:

a) Pago en efectivo y en un sólo importe. Esta es la modalidad más común y la forma que se realiza normalmente si el asegurado no ha solicitado un régimen de pago especial.

b) Una parte al contado y otra en forma de renta.

c) En cuotas periódicas durante un número fijo de años. Las cuotas pueden ser mensuales, trimestrales, semestrales o anuales.

d) Como renta vitalicia. Esta renta puede ser en cuotas periódicas como en el punto anterior, pero durante toda la vida del asegurado o del beneficiario, según el caso, pudiendo alcanzarse distintas formas, a saber: con pagos garantizados durante 10 o 20 años, y sin pagos garantizados.

Sin pretender agotar todas las formas de pago, hemos dado las principales. Pasaremos ahora a ocuparnos de los requisitos necesarios para el cobro del importe del seguro. En el caso del seguro vitalicio no requiere mayormente requisitos si el seguro es percibido al vencimiento del plazo. El propio asegurado es el beneficiario y deberá presentarse ante el asegurador con los documentos de identidad para su individualización, como así también para verificar su edad si es que durante la contratación o vigencia del seguro no se hubiera ya realizado. En el caso de cobro del seguro por fallecimiento suele solicitarse la partida de defunción del asegurado conjuntamente con un formulario de declaración o solicitud del beneficiario solicitando el pago del seguro y una declaración del médico que asistió al asegurado durante la enfermedad que originó la muerte de éste, a que hubiese certificado su deceso. Este último elemento se solicita para verificar las causas del deceso y constatar si las mismas no estuvieron originadas por alguna enfermedad que padeció el asegurado en la época de tomar el seguro y no lo declaró. Asimismo, con dicho documento

pueda constatarse si la muerte fué natural o por algunas de las causas que podieran no estar cubiertas por el seguro, como por suicidio, duelo, etc. Hemos dicho que debe también verificarse la edad del asegurado, si ya no lo hubiera hecho al contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. Ya sabemos la importancia que reviste para el seguro la edad del asegurado. Tan importante es que si la edad del asegurado a la fecha de contratación sobrepasa el límite máximo que admite el plan para tomar el seguro, se tiene como no realizado, también, una diferencia en meses o en días en la edad, de lugar a que se haya cobrado durante la vigencia del seguro, una prima menor o mayor según el caso. Es por ello que suelen insertarse cláusulas en la póliza del seguro de tener: "Si la edad declarada fuere superior a la real se deducirá la prima o cuota a la que correspondiera por la edad verdadera, devolviéndose lo cobrado de más. Si la edad fuere superior a la declarada, y siempre que no excediere el límite de aceptación del asegurador, el capital asegurado se reducirá al valor que correspondiera según la edad real y la prima pagada. Siendo la edad real superior al límite de aceptación del asegurador se considerará como no realizado el seguro y el asegurador devolverá la parte de prima o cuota que correspondiere."

2º. - El beneficiario-interés asegurable.

Beneficiario es la persona designada por el asegurado para percibir el capital en caso de ocurrir su fallecimiento.

La institución del beneficiario por parte del asegurado es libre, es decir, depende de su voluntad. Sin embargo, debemos recordar aquí las disposiciones de los arts. 549 y 550 del Código de Comercio:

"Art. 212.- La vida de una persona podrá ser asegurada en favor de algún interesado, por un tiempo que se determinará en el contrato, so pena de nulidad del seguro."

"Art. 213.- El interesado podrá contratar el seguro aun sin consentimiento o noticia de aquél cuya vida se asegura. Sin embargo, el que contrata el seguro debe tener interés en la duración de la vida de la persona asegurada, a lo menos en el momento del contrato."

De su contenido surge que el beneficiario debe tener interés en la duración de la vida del asegurado, y este interés no debe contemplarse desde el punto de vista legal, sino económico. Por consiguiente, se es admisible que se asegure un niño de pocos años en favor del padre, y si éste en favor de aquél.

Esto es lo que en seguro se llama "interés asegurable", y puede el asegurador llegar al rechazo de una solicitud si se observa que el beneficiario no es una persona a la cual la desaparición del asegurado ocasiona un perjuicio económico.

Así, es lógico que el esposo tome un seguro a favor de la esposa, pero no ésta a favor de aquél, si se constata que no posee ninguna ocupación, ni hijos, y su desaparición no ocasiona al esposo ningún perjuicio económico.

Estas disposiciones y normas aseguradoras tienen a eliminar o evitar maniobras dolosas o fraudulentas.

Por ello, en los seguros de tipo social, como los de las leyes de jubilaciones y de vida que tienen carácter obligatorio, existen disposiciones que establecen expresamente quiénes son sus beneficiarios.

En estos casos, la designación de beneficiarios forzosa está considerada con un fin social, siendo ex-

garos en que participa el Estado en el pago de las primas, es lógico que se tienda a preservar la familia, tratando de que el hogar, en caso de fallecer su jefe, no se vea privado de los recursos más imprescindibles. Es pues, una política de elemental previsión la de instituir a la esposa y luego a los hijos como beneficiarios forzosos.

Pero también no es menos cierto y esto prevalece actualmente, como es el seguro de vida de empleados del Estado (Ley 13.003 y 14.003) que pese a su volumen—más de un millón de asegurados— y donde el Estado participa en el pago de la prima, el legislador se ha inclinado por la libre institución del beneficiario. Esto tiene su fundamento. El asegurado y no la ley es quien está en mejores condiciones para establecer el beneficiario de un seguro: si la esposa debe prevalecer sobre sus hijos o si éstos, por ser menores sobre aquella, o sus padres por ser ancianos, deben prevalecer sobre la esposa y sus hijos, etc.

Si bien pueden producirse injusticias con la no obligatoriedad, recayendo el beneficio del seguro sobre parientes ajenos al hogar o a la familia del asegurado, no es menos cierto que existen situaciones y circunstancias donde, sin violar de parentesco alguno, el asegurado recibe de aquéllas, hasta sus últimos momentos, una atención por la cual queda hacia ellas obligado.

Debe también señalarse que la institución del beneficiario no debe recaer forzosamente en personas físicas; nada impide que sea una sociedad mutual, un hospital o una sociedad comercial. Es común, especialmente en los seguros colectivos, que el asegurado designe beneficiario a un hospital o a él, como donación o como recompensa por servicios recibidos.

Asimismo, es dable instituir como beneficiaria a una sociedad comercial, en los casos, verbigracia, de que el

fallecimiento de un socio técnico pueda lesionar la capacidad directiva de aquélla, o de que la desaparición de un fuerte socialista afecte el capital social.

Es importante consignar aquí las disposiciones de la ley 5948 que resolvió la cuestión, largamente debatida en doctrina, de si lo que debe pagar el asegurador se incorpora al patrimonio del asegurado o constituye un bien de exclusiva propiedad del beneficiario.

En ese sentido, el art. 1° de la referida ley dispuso que "El seguro de vida constituido en favor de un tercero, es un bien de la exclusiva propiedad de éste y no responde en ningún caso al pago de las obligaciones que adeudase el constituyente a la época de su fallecimiento, salvo por lo que respecta a las cantidades recibidas por el asegurador, las que quedarán sujetas a las disposiciones del Código Civil, relacionadas con la colación y la legitimación de los herederos forzosos y a la revocación de los actos celebrados en perjuicio o fraude de los derechos de los acreedores."

Al estudiarse la institución del beneficiario, surge de inmediato el problema de su capacidad.

En estos casos el incapaz menor de edad, ingenuo, o demente que no puede darse a entender por escrito percibe los fondos por intermedio de su representante legal—padres, tutores o curadores—salvo para los primeros, que se hallen emancipados por matrimonio.

Es interesante señalar aquí que la ley 14.008, modificatoria de la 13.008, que implantó el seguro de vida obligatorio para el personal del Estado, dispuso en su art. 7° : "Si al fallecimiento del asegurado existieren herederos o beneficiarios menores de edad, el padre o madre de ellos en ejercicio de la patria potestad estarán autorizados para percibir el importe respectivo. Los menores de edad emancipados por matrimonio podrán dar recibo por su parte, cualquiera sea su ig

partes.

En esta forma se ha simplificado y facilitado enormemente el pago de los siniestros en dicho régimen, ya que, de no existir esa disposición, debería retenerse el importe correspondiente a los menores hasta que adquirieran mayoría de edad, y solamente por disposición judicial podría abocarse el seguro a los padres.

Puede suceder que el asegurado no haya designado beneficiario y que, por consecuencia, se confunda con la persona del heredero legal o testamentario del asegurado. En estos casos, debe mediar orden judicial para el pago del capital o bien, directamente, procederse a su depósito a la orden del juzgado respectivo.

Puede suceder también que el asegurado designe más de un beneficiario de un seguro, presentándose, en consecuencia, estas dos situaciones: 1ª) Designación de cobeneficiarios a partes alícuotas de un ^{seguro} ~~seguro~~ ~~capital~~ asegurado (Ej. seguro de \$n. 5.000: Pedro \$ 1.000 ; Juan \$ 2.000. y Antonio \$ 2.000.-). 2ª) Designación de beneficiarios en forma disyuntiva (Ej. seguro de \$ 5.000: Pedro, Juan y Antonio). Cabe señalar que en esta clase de designaciones pueden presentarse distintas situaciones en el caso de la muerte del beneficiario con respecto al asegurado.

En primer lugar, si existe un solo beneficiario designado y fallece antes que el asegurado, sin que hubiese sido sustituido antes por otro, el importe del seguro, al producirse el siniestro, corresponde a los herederos del asegurado y no a los del beneficiario, como se ha sostenido en algunas oportunidades, toda vez que la propiedad del seguro por parte del beneficiario, y subsiguientemente de sus herederos, nace con la muerte del asegurado y no antes. Tanto es así, que el asegurado puede en todo momento, por sí, cambiar

de beneficiario sin limitaciones. Todo ello no es más que una aplicación del principio de libre designación que hemos analizado más arriba.

Si se han designado sobeneficiarios sin especificarse los importes que corresponden a cada uno, la muerte de uno de ellos implicará el derecho de acrecer de los restantes. En el mismo sentido se pronuncia Rivarola (Tratado de Derecho Comercial Argentino, IV, n° 1199): "falleciendo uno de los beneficiarios antes que el asegurado, la parte que aquél habría debido percibir, acrece en favor de los demás, salvo que expresamente lo haya previsto de otro modo el contrato, por las mismas razones en que se funda el artículo 3612 del código civil y sus concordantes".

Entendamos aquí que el asegurado dispuso que se beneficiaran Juan, Pedro ^{ERIZO} y ^{ERIZO} con su seguro, quiso crear con ellos una comunidad de intereses, basada en consideraciones afectivas, a la que no tenían cabida personas ajenas, tales como los herederos de alguno de ellos.

Por el contrario, si estipuló que correspondían dos mil pesos a Juan, dos mil a Pedro y dos mil a Diego, la muerte de alguno de ellos no deberá implicar que deban acrecer los demás, toda vez que la misión de interpretar al pie de la letra las instrucciones que dejó el asegurado en cuanto a cómo distribuir el capital, debe quedar cumplida en este caso entregando a los sobrevivientes los importes específicamente determinados y no otros. El saldo correspondiente a los herederos del asegurado.

Por idénticos principios deberá guiarse el asegurador o el juez en caso de controversia, para liquidar un siniestro donde se haya designado aliquidivamente a

los beneficiarios.

En general, la norma, en todos los casos, deberá ser la de interpretar lo más fielmente posible los deseos del asegurado al momento de la designación.

Cabe considerar también las situaciones que pueden dar lugar los aumentos de capitales posteriores a la designación de beneficiario. Situación ésta, que puede ser común en seguros colectivos.

Si hay un solo beneficiario y no se ha hecho ninguna aclaración, es lógico que el beneficiario primitivamente designado debe percibir el total del capital asegurado. Para los casos de más de un beneficiario, se procederá de igual manera, sin mayores cuestiones.

Donde podría presentarse un problema, sería en el caso de que, habiendo sido designados más de un beneficiario por importes fijos, ^{EXISTENTE} ^{EXISTENTE} ^{EXISTENTE} se produjera un aumento de capital y el asegurado falleciera antes de haber efectuado una nueva distribución. La solución a que nos inclinamos aquí sería la de liquidar a cada beneficiario los importes primitivamente establecidos, más la parte del aumento del capital en proporción a los capitales originarios de cada beneficiario.

Relacionado con el beneficiario, agrega también el Código de Comercio:

"Art. 555: Es nulo el seguro, en el caso de que la persona que reclama el importe del seguro, sea autor o cómplice en la muerte de la persona asegurada".

Huelga todo comentario sobre el mismo, ya que no puede admitirse que aquel que es responsable de la muerte del asegurado sea beneficiario en un seguro del mismo.

"Art. 557: La autenticación con pronuncia de fallecimiento, de la persona cuya vida ha sido asegurada, no

bases exigible la cantidad asegurada, a menos que los interesados estipulen otra cosa".

Pero si los herederos presuntivos del asegurado con presunción de fallecimiento, obtuvieron la posesión definitiva, podrán exigir el pago de la cantidad asegurada, bajo fianza de restituirla, si el asegurado apareciese, con tal que para la declaración de la presunción de fallecimiento y para decretarse la posesión definitiva, se haya provocado la intervención del asegurador, mediante citación en forma".

"Es claro -agrega Castillo (Curso de derecho comercial, tomo IV, pág. 225)- que los herederos podrán exigir el pago de la cantidad asegurada si son beneficiarios del seguro. Debe admitirse que si son otras personas las beneficiarias del seguro, ellas tienen el derecho a que se refiera el artículo en las mismas condiciones, es decir cuando se haya dado la posesión definitiva a los herederos".

Por último, no podemos dejar de referirnos a la forma de individualización del beneficiario en la Póliza. Es común agregar al nombre y apellido el grado de parentesco con el asegurado. Mas esto con el agregado del último dato, que puede eventualmente ocasionar inconvenientes para la liquidación del siniestro, (v.gr.: la indicación de "esposa" a la persona que hace solamente vida marital sin serlo legalmente) y no aporta ventaja alguna.

9° Riesgos no cubiertos y restricciones:

Bajo este título se establecen limitaciones con respecto a la cobertura del seguro. Con la denominación de Restricciones a Ocupación y Residencia, se determina de manera casi uniforme que el seguro no cubre ningún riesgo derivado de guerra que no comprenda a la Nación Argentina.

En caso de guerra que la envuelva, las obligaciones, tanto de parte del asegurador como del asegurado, se regirán por las normas que se dicten para tal emergencia. Sin embargo, existen pólizas según las cuales podrá ser cubierto el servicio militar en tiempo de guerra en el ejército regular de la República Argentina, mediante el pago de una extraprima a fijarse. Se aclara también en este rubro que tales contratos no están sujetos a restricciones respecto a viajes y residencias del asegurado; viajes como pasajeros en cualquier medio de transporte, aun en el caso de viajes aéreos cuando se realicen en líneas regulares y autorizadas por los poderes públicos.

Asimismo establecen las pólizas que el seguro no cubre los riesgos derivados de la participación del asegurado como conductor o acompañante en carreras autorizadas de automóviles, lanchas y motocicletas.

Todas éstas son restricciones lógicas, ya que existe un evidente recargo del riesgo que no puede ser cubierto con las primas ordinarias. Por otra parte, de ser cubierto, deberían establecerse condiciones especiales.

Muerte por suicidio, duelo, desafío, empresa criminal o condenación legal.— El artículo 554 del Código de Comercio establece que: "No cubre el seguro al que ha hecho asegurar su vida si se suicida, en castigo de un delito, o si muere o pierde su vida en desafío o en empresa criminal".

Concordantes con esta disposición, las pólizas de seguros de vida establecen que dicho contrato "no cubre el riesgo de muerte si éste ocurriera por condenación legal, desafío, empresa criminal o suicidio, en este último caso cuando se alegue dolo o incontinencia del asegurado".

vida.

Esta última aclaración referente al suicidio fué incorporada en las pólizas con motivo de las publicaciones doctrinarias suscitadas al respecto, como asimismo como resultado de demandas judiciales que dieron origen a una copiosa jurisprudencia, sosteniéndose la obligación del pago del seguro en caso de suicidio cuando éste era provocado por enfermedad mental o inconsciencia del asegurado.

Del suicidio nos ocuparemos en forma especial, en virtud de las discusiones doctrinarias a que he mos hecho referencia.

El suicidio.— El artículo 854 del Código de Comercio establece: "Es también nulo el seguro, si el que ha hecho asegurar su vida se suicida..."

Dada la importancia que tiene esta disposición para el seguro de vida, debería analizarse detenidamente, estudiando su alcance para establecer luego las normas que han de regir su aplicación e interpretación.

El seguro de vida, conforme hemos dicho, es un contrato por el cual el asegurador se compromete a asumir el riesgo de muerte del asegurado, mediante el pago de una prima. Sabemos también que, si bien la muerte es un acontecimiento cierto, es asegurable por ser incierto la época en que ha de producirse el fallecimiento del asegurado.—

Ahora bien; siendo el suicidio el acto personal de quitarse la vida, al producirse tal hecho, el acontecimiento base de la asegurabilidad se convertiría en hecho en cierto por voluntad del asegurado. Por consiguiente, no puede el suicidio ser causa del pago del seguro.

ro.

Ampliándose en esta disposición del Código, las entidades de seguros han negado a muchos beneficiarios el pago del seguro, sin llegar a discriminar si el tomador de la póliza era sano o loco en el momento del suicidio. Para esta práctica sufrió posteriormente una evolución. Al principio, se negaba lisa y llanamente al seguro y se retenían las primas pagadas. Luego se comenzó por devolver el importe de las reservas matemáticas que tenía la póliza al momento del fallecimiento del asegurado en caso de suicidio. Más tarde se sostuvo la equidad del pago si en el siniestro ocurrían determinadas circunstancias. Alguien que al codificar, en el artículo referido, quiso evitar aquellos casos en que el asegurado contrata el seguro teniendo en ese momento la intención de suicidarse posteriormente. El artículo 594, con esta interpretación, estaría destinado a evitar que una persona se asegure la vida conscientemente y en forma voluntaria, y provoque luego el siniestro con el propósito de favorecer al beneficiario instituido.-

Nuestros tribunales, al considerar casos controvertidos, han llegado a distinguir el caso del asegurado que se suicida impulsado por una perturbación mental que no le permite el libre uso de su voluntad, y el del que se da muerte con plena conciencia de su acto.

En el primer caso, tendríamos un suicidio involuntario. Dentro de esta misma clasificación entran también los suicidios realizados por seres privados de razón de una manera habitual o pasajera (contr. art. 921 y 922 Cód. Civ.), o cuya voluntad está completamente sometida a un impulso irresistible e irresistible, que los lleve fatal

e necesariamente a ese fin, o cuando han sido inducidos por una fuerza física o moral -enfermedad mental, grave desengaño, vergüenza de un escándalo sufrido, angustias financieras, deshonra, neurastenia, que quitan todo interés de vivir- o por una perturbación psíquica que les impide apreciar la naturaleza del acto o calcular sus efectos.

En estos casos en que el suicida obra privado de su voluntad, por alteración de sus facultades mentales, el hecho se considere como fortuito, y su muerte como un acto que él ha ejecutado, no sólo sin quererlo, sino también sin saberlo. Por ello, es inocente, y el Código Civil, teniendo en cuenta la intencionalidad del individuo en tales circunstancias, lo declara incapaz y consagra su irresponsabilidad por los daños que sus actos ocasionan.

De lo expuesto se desprende que el simple hecho de quitarse la vida no produce la nulidad del contrato, salvo en estos casos:

1.º.- que el hecho sea voluntario, es decir, que obedezca a un acto reflexivo, y por lo tanto, consciente, que responsabilice al autor por su muerte prematura.

2.º.- que, presumiblemente, el seguro ha ya sido contratado con la intención de suicidio.

En estos casos concurren los motivos que justifican la aplicación de las disposiciones restrictivas del Código de Comercio, encaminadas a valar por el orden público y las buenas costumbres.

Pero existen otras circunstancias especiales desde el punto de vista del seguro, que hacen que

cesario considerar también desde otro ángulo los siniestros por suicidio.

Por razón de la época en que se redactó el Código, no pudo tener en cuenta al codificador más que el seguro de vida individual y voluntario. Pero en la actualidad existen, además de los seguros individuales, los seguros colectivos. Es común, a su vez, que los seguros colectivos se contraten sin intervención del asegurado, en los casos en que el empleador los suscriba a fin de cumplir sus obligaciones para con la ley de despido N° 11723, o por estar originados en los convenios colectivos de trabajo, en cuyos casos el seguro lo toma el empleador, y la incorporación del empleado se hace automática con su prestación de servicios en la empresa obligada por el convenio.

Tomen estos seguros de vida el carácter de obligatorios. Por esta sola circunstancia no les alcanzan las disposiciones del artículo 554 del Código, y debe abonarse sin más trámite el seguro. Esta es la norma que ya ha implantado el propio Estado en el seguro obligatorio para los empleados de la Nación y de las provincias, que se rige por las leyes 13.003 y 14.004.

Esta interpretación puede aplicarse también a los seguros de vida colectivos que se contratan por intermedio del empleador, pero con carácter voluntario. En estos seguros, si bien no se reúnen las características de los obligatorios, hay circunstancias favorables, que los hacen pagaderos aun en los casos de suicidio. Estas son, por ejemplo, las referentes al aseguramiento en grupo de los empleados de una empresa, en cuyo caso no prevalece la voluntad individual del suicida,

siendo el capital, por otra parte, generalmente reducido.

En conclusión, y acerca del pago del seguro de vida en caso de suicidio, sostenemos lo siguiente:

1°.- El seguro es nulo: cuando el asegurado, en el momento de contratarlo, tenía ya la intención de suicidarse, es decir, que debe reconocerse en este caso una relación de finalidad entre el seguro y el suicidio. En estos casos de provocación voluntaria del riesgo, el asegurador debe entregar a los beneficiarios el respectivo valor de rescate, si lo tuviere, dado el tipo de seguro de que se trata.

2°.- El seguro no es nulo, y debe abonarse su capital:

a) Si el suicidio ha sido voluntario, pero originado en un estado de inconsciencia o perturbación mental, en cuyo caso puede considerarse que la muerte ha ocurrido como si lo hubiera sido por enfermedad.

b) Si el seguro es de carácter obligatorio, salvo que se acepten pruebas en contrario, debe también abonarse.

c) Si se trata de seguros colectivos, pero de inscripción facultativa, debe malizarse el caso, y determinarse en qué circunstancias se lo contrató, su relación con la fecha de la incorporación al empleo, si el asegurado fue invitado a ingresar a ese sistema de seguro, el monto del mismo, etc. En estos casos debe efectuarse el pago, aun cuando haya existido provocación voluntaria de la muerte por suicidio.

10.- Cesión

Si bien muchas pólizas no admiten cesión y establecen que la póliza es intransferible, siendo por consiguiente nula y sin ningún valor toda transferencia, exig

ten otras en cambio que lo admiten y hasta exigen que sea por escritura pública. En estos casos el asegurador exige que sea notificado, y se deja constancia en la póliza de que no asumirá responsabilidad alguna en cuanto a la eficacia y los efectos de la cesión, ni estará obligada a intervenir en cuestiones que puedan suscitarse entre las partes interesadas. Se establece también que la cesión de la póliza implicará la adhesión de la institución de beneficiario hecha por el cedente.

11.- Disposiciones legales a aplicar:

Si bien son las condiciones de póliza las que rigen el contrato de seguro, se establece también en las mismas que serán de aplicación para los casos no previstos, las disposiciones legales pertinentes.

Es decir, entonces, que deberá recurrirse a la legislación de fondo, para buscar la solución de todo caso que pueda presentarse y no está previsto expresamente en las condiciones de póliza.

En el punto I de este capítulo tratamos de las principales disposiciones del Código de Comercio, del Código Civil y de las leyes y decretos especiales sobre el régimen de los seguros, que habrán de aplicarse para dar solución a las situaciones no previstas.

12.- Domicilio.

Acercas del domicilio, las pólizas contienen diversas disposiciones, ya que el mismo reviste singular importancia para el contrato, especialmente en lo referente al envío de correspondencia, comunicaciones o notificaciones judiciales, etc. Se suele establecer que se considere como domicilio del asegurado, el denunciado en la solicitud del seguro, debiéndose comunicar por escrito

al asegurador cualquier cambio que se realice.

Puede también establecerse en la póliza, que en el caso de que el asegurado fijara su residencia en un lugar fuera de la República Argentina o de algunos de los Estados limítrofes, debe designarse ante el asegurador a un mandatario domiciliado en el país, facultándolo para que represente al asegurado en todo lo relacionado con el seguro, incluso para recibir la correspondencia en su caso. Se indica también, que en caso de incumplimiento de este último requisito, la correspondencia y cualquier otra comunicación o notificación, aunque sean judiciales, se enviarán al último domicilio en el país, que el asegurado dió a conocer al asegurador por escrito, con efecto legal. Al comparecer de la jurisdicción, tratándose la desventaja en que se encuentra el asegurado, cuyo domicilio real no es el mismo que el de la compañía aseguradora, domiciliada en Buenos Aires o capital de provincia.

18.- Jurisdicción y competencia.

Las pólizas, con carácter casi uniforme, salvo aquellas que tienen el domicilio real de su sede central en el interior del país, establecen que todas las cuestiones que pudieran sobrevenir entre el asegurador y asegurado, serán sometidas al fallo de los Tribunales Ordinarios de la Capital Federal. De esta disposición surge que el asegurado que deba iniciar alguna demanda contra el asegurador y se domicilie en el interior del país, debe hacerlo en la Capital Federal ante su justicia ordinaria. Con esta cláusula, el asegurado con domicilio en el interior del país no puede iniciar en su gran mayoría juicio al asegurador, ya que esto, como ocurre en la práctica, fué al lugar de su domicilio a ofrecer el seguro por medio de sus represen-

tantes e productores. Este artículo no sólo trae aparejadas al asegurado trastornos y gastos, sino que debe forzosamente otorgar poder a un defensor letrado.

Esta situación se presenta especialmente por que las entidades aseguradoras emiten sus pólizas en su sede central, generalmente Buenos Aires, donde tienen también su organización administrativa y legal.

La referida norma impuesta por las entidades de seguros, conduce a que muchos asegurados no reclamen sus derechos por el trastorno que les acarrea un juicio fuera del lugar de su domicilio.

Con el objeto de subsanar esta situación, el anteproyecto de Ley de Seguros preparado por la Dependencia de Seguros, en su artículo 156 establece: "Toda acción judicial originada en el contrato de seguro, se sustanciará ante los tribunales del lugar en que se halle el asiento de los tribunales ordinarios correspondientes a la jurisdicción del domicilio real del asegurado, y siempre que fuere dentro de los límites del país. Sin perjuicio de ello, los asegurados podrán presentar sus demandas contra las entidades aseguradoras ante los tribunales del domicilio de la sede central o sucursal de la entidad donde se emitió la póliza."

Será nula expresa el antiproyecto- toda cláusula que se ponga en contrario, o que implique la elección previa del asegurado ante la opción que le acuerdan las presentes disposiciones.

Como vemos, en este proyecto se trata de que el juicio, se realice ante la justicia del domicilio del asegurado, salvo que éste optare por iniciarlo ante los tribunales correspondientes al domicilio de la entidad aseguradora.

ra, dando solución adecuada al problema que hemos enunciado más arriba.

Endosos. → Toda modificación o cambio que deba introducirse en las condiciones generales o particulares de póliza se realiza por vía de endoso. El contenido de la nueva cláusula debe insertarse en el espacio que generalmente se deja para esos efectos en el mismo documento. A estos fines, como ya se dijo más adelante, se emplean también "suplementos de pólizas", constituidos por volantes en los que se inserta la modificación o canbio acordado, que luego son adicionados por el asegurado a la póliza, formando parte integrante de la misma.

Los endosos comunes que se producen durante la vigencia del contrato son: cambio de beneficiarios, modificación de la forma de pago, cambios de vencimientos, etc.

Contratos adicionales: Completa la póliza, los denominados contratos adicionales se originan comúnmente cuando el asegurado toma otros riesgos complementarios del seguro principal. Como ya hemos referido, los seguros pueden tomarse con o sin contratos adicionales, siendo estas comúnmente: doble indemnización e incapacidad parcial y permanente; exención del pago de primas por incapacidad, renta por incapacidad, operaciones quirúrgicas, etc. sin do facultativo el tomar estos riesgos adicionales por parte del asegurado, razones prácticas han inducido a las entidades aseguradoras a no hacer constar esos beneficios en las condiciones generales; de ahí que sea necesario insertarlos, en caso de tenerlo el asegurado por vía de endoso o por contrato adicional. Cuando se incorpore a la póliza mediante contrato adicional, no sólo constan las condiciones del beneficio, sino también el nombre del asegurado y asegurador, y la fecha y firma de este último.

5- La prescripción en el seguro de vida.

La prescripción es un medio de adquirir un derecho - adquisitiva - o de liberarse de una obligación - libe-

retorio por el mero transcurso del tiempo (Cód. Civ. art. 3947).

La prescripción ordinaria en materia comercial tiene lugar a los diez años, sin distinción entre presentes y ausentes "siempre que en este Código o en leyes especiales no se establezca una prescripción más corta" (Cód. Com. art. 346); disposición que juega precisamente en materia de seguros al fijarse, por el art. 653, en un año, el plazo de la prescripción.

La disposición del Código de Comercio es para todo tipo de seguro, es decir de carácter general, pues no distingue el legislador los seguros de vida de los eventuales (accidentales, cristales, incendio, etc.)

Al igual que la "falsificación y falta de inscripción" en el seguro, entendemos que debe considerarse en forma distinta la prescripción, según se trate del seguro de vida o de otra rama.

Los seguros de vida, RESERVADO por su índole de seguro y protección social, deben tener un mayor plazo de prescripción, compatible con los intereses que protegen.

Ya esta idea se está abriendo camino, aunque en forma parcial. En efecto, la Ley 14.053, modificatoria de la 13.005 sobre seguro de vida obligatorio para el personal del Estado, incluye en su art. 9° una disposición que amplía a tres años el plazo de prescripción de las acciones derivadas de este seguro.

Fundamentando esta disposición, el miembro informante de las comisiones de Asistencia y Previsión Social de la Cámara de Diputados decía (Diario de Sesiones de la 56a. reunión, año 1950, pág. 3003):

"En lo referente a prescripción, se intro-

dase un artículo por el cual se amplía a tres años la duración del término que el Código de Comercio fija para prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro sin perjuicio de las disposiciones que rigen sobre suspensión e interrupción."

"Se ha considerado necesario esta ampliación del plazo, en atención a que la ley 13,003 tiene un alcance eminentemente social de previsión y seguro, que le independiza absolutamente de todo significado mercantil. De ahí que la brevedad del plazo fijado por el Código de Comercio para la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro no se avenga con el espíritu de esta ley que tiende a extender al máximo compatible con su reglamentación los beneficios del seguro de vida. Por lo demás, el número elevado de asegurados -sin perarazón con cualquier otro rama- la dispersión de los beneficiarios que, por lo general, se hallan radicados en lugares distintos y en otras veces en regiones apartadas ^{REPUBLICA} ^{21/03/53} ²⁸⁴ y las dificultades que se les ofrecen para presentar la documentación personal y la que les sea requerida en determinados casos para justificar o comprobar el derecho al beneficio, han puesto de manifiesto la exiguidad del término que la ley comercial fija para la prescripción".

Entendemos que tales argumentaciones valen no solamente para este seguro, sino para todos los seguros de vida que explotan las entidades aseguradoras del país, en mérito a que, por sobre los fines comerciales de su explotación deben privar los fines sociales de protección que implican.

Debemos tenernos presentes, además, las diferencias que existen entre uno y otro tipo de seguros -vida y eventuales- para poder decidir en definitiva sobre la con

veniencia o no de la diferenciación en el plano que propug-
namos.

En primer lugar, el seguro de vida, a dife-
rencia de los seguros eventuales, es un modo de ahorro y
previsión referido, principalmente, al amparo de la fami-
lia, lo que hace imprescindible su tratamiento diferente.

En el seguro de vida, además, la persona del
beneficiario no se confunde con la del asegurado como en
los casos eventuales, lo que coloca a aquél en una situa-
ción de inferioridad, motivada por un posible desconocimien-
to parcial de hechos y circunstancias.

Es oportuno recordar aquí, los antecedente-
tes de orden legal, administrativos y judiciales que pue-
dan ser de utilidad para considerar el problema que nos ocu-
pa.

En materia de ^{REPOSICIÓN} ~~inscriptibilidad~~, el Poder
Ejecutivo Nacional, por decreto de fecha 2 de febrero de
1926, en el caso Estanislao Vigorel o/ la Administración
de los Ferrocarriles del Estado sobre pago de la indemniza-
ción de la ley 2650, sustentó el criterio de que la prescrip-
ción no debe ser opuesta por el Estado, y resulta indudable
la equidad del procedimiento cuando existe la evidencia de
que los beneficiarios o herederos reclaman de buena fe, aun
que lo hagan tardíamente.

No debe olvidarse aquí la norma del art. 45
de la ley de contabilidad -12,941- que dispone que las de-
pendencias y las entidades descentralizadas del Estado no
harán lugar por sí a las reclamaciones en que la acción de
los recurrentes se hallare prescripta, y que el Poder Eje-
cutivo podrá, no obstante, teniendo en cuenta la modalidad
de cada caso, por previo y especial pronunciamiento, resp.

haber esos derechos.

Esta norma, aparentemente rígida, ha tenido con posterioridad su excepción, precisamente ante razones de carácter social. La Ley 12,651 en su art. 1° declara "inprescriptible el derecho acordado por las leyes de jubilaciones y pensiones nacionales, cualquiera sea la naturaleza del beneficio y el titular del mismo", y el art. 3° que "los beneficios devengados hasta el presente por encontrarse prescritos para quienes no hubieran hecho valer su derecho dentro del término fijado por la ley respectiva, reconocen a partir de la fecha de promulgación de esta ley, siempre que sus titulares lo soliciten".

Fundamentando el respectivo proyecto de ley, decía entre otras cosas el Poder Ejecutivo:

"El fin de orden social, perseguido por las leyes de provisión, se desvirtúa al incorporar en el texto de las mismas la norma declaratoria de la prescriptibilidad del derecho que reconocen, cuando éste no es ejercido dentro de un plazo determinado, no obstante que la evolución actual en materia legislativa se orienta en el sentido y en la finalidad que se trata de establecer con la sanción del presente proyecto:

"Tal es la prescripción -agregaba ministerialmente al mensaje- pero aplicada a las leyes de provisión social involucra una regla que contradice en la forma, el fondo y la razón misma del derecho que la ley crea. La sanción de dichas leyes ha tenido por objeto suplir la carencia de ese medio indispensable para vivir.

"No debe malograrse esta finalidad, por cuanto sería contradecirla; aún más, declarar innecesario el derecho mismo establecido por la ley, cual si fuera una libe

ralidad del legislador, ya que cesa su razón de ser en relación al tiempo transcurrido.

"El principio sostenido, la imprescriptibilidad del derecho, no pueden válidamente invocarse si el deudor de la prestación fuese un particular o entidad privada, o en última instancia, el propio Estado actuando como peragna de derecho privado. La referencia es considerando al Estado como institución de derecho público; él es el deudor y escapa a toda acción de justicia que pueda excepcionarse de satisfacer necesidades de orden público, cuyo remedio areá con un afán de superación social. De lo expuesto, el Estado no puede separarse en la prescripción, cuando ello conduzca a una evidente injusticia social".

Con los argumentos expuestos y los antecedentes apuntados, estimamos suficientemente justificable la necesidad de establecer un plazo ^{abreviado} para la prescripción de un daño fijado por el Código ^{de Comercio} ~~de Comercio~~ ^{seguro de vida}.

Correlativamente al problema de la ampliación legal de los plazos de la prescripción, es oportuno considerar aquí si las partes contratantes pueden modificar el término de un año fijado por el código, que sea en más o en menos.

Non solentamos a consignar que la jurisprudencia se ha inclinado por la validez de la prescripción abreviada establecida por las pólizas, si bien últimamente, se han comenzado a anotar fallos en el sentido contrario.

La doctrina se muestra contradictoria en este aspecto.

"En la práctica comercial -dice Vivante- se usa a menudo abreviarla con convenciones para liquidar proptaente los negocios. Es una cláusula contractual que en el

sistema de derecho vigente debería escogerse con favor, por que apresura la liberación del deudor. Pero, sin embargo, las grandes empresas se valen a veces de esta libertad para restringir los derechos de sus clientes más allá de un límite equitativo. Reconoce el citado autor, que por razones de orden público está prohibido renunciar anticipadamente a la prescripción o alargar sus términos; pero agrega la cláusula que abrevia la prescripción no obra contra la ley; lo hace en el mismo sentido y con mayores razones, por que le da la virtud de operar la extinción del derecho en un término más breve que el término legal.

Refiriéndose a Vivante, dice Bagal: Este razonamiento tiene el grave error de considerar la institución de la prescripción solamente desde un solo lado, mientras como oportunamente lo hizo notar Ricabona, es necesario no olvidar que la prescripción no tiene precisamente por objeto liberar a cualquiera deudor que no pague; no se puede desconocer que, ^{en consecuencia,} ~~justamente~~ ^{justamente} se trata en ver extingue su obligación, en de considerarse y tutelarse también el interés del acreedor, para el cual la prescripción representa la pérdida del derecho. Ahora, si la prolongación de los términos de la prescripción es ilegítima porque contrastará con la voluntad de la ley que, por complejas exigencias, todas de orden público, ha establecido términos en los cuales deben respetarse valer los derechos, igualmente debe decirse ilegítimo el pacto que tiende a abreviarse término pacto que la defensa de los derechos es esencialmente de orden público y por lo que no puede ser excluido, así tampoco tolerar otros límites que los prescritos en la ley de un modo igual para todos.

Se afirma pues, en conclusión, que si en materia de prescripción no gozan las partes de la libertad

de prolongar los términos, no existen razones suficientes para admitir que puedan abreviarse.

No debemos dejar de consignar aquí, el principio fundamental del art. 2063 del código civil, según el cual se puede renunciar la prescripción ya ganada, "pero no el derecho de prescribir para lo sucesivo". Al pie de dicho artículo añade el codificador: "pero renunciar con anticipación a la prescripción es derogar por partes una ley que interesa al orden público y autorizar convenciones que favorecen al olvido de los deberes de un buen padre de familia"..... Si se permitieran tales renunciaciones vendrían a ser de estilo en los contratos, y la sociedad quedaría desarmada, desde que se le quitaba su más firme apoyo". La disposición legal, que tiene por origen los arts. 2220 y 2221 del código francés, establece un principio que difícilmente podría dar base a una distinción entre la libertad de los contratantes para ~~abreviar~~ la prescripción, y la misma libertad de prolongarla: tan de orden público es que las acciones se prescriban en el tiempo de la ley y no en mayor plazo, como lo es, que tampoco se prescriban en menor término.

Nos referiremos ahora a la forma de computar la prescripción, como así también a su interrupción.

En primer lugar, comienza a correr desde el momento que se produce el hecho que da nacimiento a la acción. En nuestro caso se inicia en cuanto acontece el siniestro, interrumpiéndose tantas veces como presentaciones haya de parte interesada, luego de las cuales comienza a correr nuevamente.-

Tenemos así ya dos momentos en que puede comenzar el cómputo del plazo a que se refiere el art. 833

del Código de Comercio: la producción del siniestro o la última presentación del beneficiario. Este último supuesto admite aún otro momento de inicio de la prescripción: la fecha de la última comunicación del asegurador al beneficiario recibiendo algún requisito para el pago del seguro o refiriéndose sin lazo a éste. En este orden de ideas se interpreta que nada aquí un reconocimiento tácito del propio asegurador de la diligencia del beneficiario para el cumplimiento de los requisitos tendientes al cobro del seguro, diligencia que se ha producido en tiempo y forma.

Lógicamente, debe admitirse que los supuestos a que nos referimos para el caso de un beneficiario, son igualmente válidos para el caso de varios beneficiarios. En este caso, la prescripción correrá independientemente para cada uno de ellos, sin que las interrupciones motivadas por uno tengan validez para los demás.

Si la calidad de beneficiario está supeditada a la declaración de herederos, la prescripción comenzará a correr desde el momento en que ésta tenga lugar. No es esto más que la aplicación de los principios a que nos hemos referido más arriba para iniciar el cómputo de la prescripción.

Debemos recordar aquí la disposición del art. 2083 del Código Civil: "Cuando por razón de dificultades o imposibilidad de hecho, se hubiere impedido temporalmente el ejercicio de una acción, los jueces están autorizados a librar al acreedor o al propietario de las cosas sujeción de la prescripción cumplida durante el impedimento, si después de su cesación el acreedor o propietario hubiese hecho valer sus derechos inmediatamente" que nos da, por analogía, la regla de procedimiento en similar emergen

cia.

En lo que se refiere a esta institución que se refiere a los incapaces (menores no emancipados, dementes, surdo mudos que no saben darse a entender por escrito), establece el art. 245 del Código de Comercio: "Todos los términos señalados para intentar alguna acción o practicar cualquier otro acto, son falsas e improrrogables y corren indistintamente contra cualquiera clase de personas, salvo el recurso que corresponda al incapaz contra su representante necesario y lo dispuesto en el art. 2980 del Código Civil".

Es decir, que en materia comercial se plantea una excepción al principio general de la ley civil que establece que "la prescripción no corre contra los menores de edad, estén o no emancipados, ni contra los que se hallen bajo una curatela, aunque la prescripción hubiere comenzado en la persona de un mayor, a quien hayan sucedido, con excepción de los casos en que las leyes hubieren establecido lo contrario" (art. 2980 del Código Civil).

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
SECRETARÍA DE ESTADO
BOFILLAS

C A P Í T U L O V

Régimen contable y económico

- 1.- Disposiciones reglamentarias sobre el régimen contable para el seguro de vida.
- 2.- El plan de cuentas.
- 3.- El balance anual y la cuenta de resultado.
- 4.- La reducción del valor adquisitivo de los capitales en el seguro de vida.
- 5.- La participación en las utilidades.

Hoy más que nunca es necesario, en toda actividad económica, contar con una organización administrativa y contable bien organizada, no sólo para atender y servir los intereses de quienes aportan sus capitales, sino también para determinar los costos, y entre éstos, los de venta, factores tan importantes en épocas de gran fluctuación de los precios.

En materia de seguros, y en especial de vida, se requiere una contabilidad bien planificada, con excelentes controles, y sobre todo, en lo que respecta a los costos, con un régimen preciso.

Muchas son las razones que obran en materia de seguros para exigir una organización perfecta, tanto en la parte contable como en la de control. He aquí algunos de ellos:

a) El hecho de tratarse de empresas que mantienen en su poder dinero de los asegurados que han tomado sus pólizas.

b) La circunstancia de estar comprendidos en las primas que percibe el asegurador, los gastos de administración, de explotación y de riesgos, y cuyos coeficientes deben responder a la realidad.

c) El interés que, sobre la marcha económica y financiera de tales empresas, tienen no sólo sus accionistas, sino también miles de asegurados que dependen del estado de esas entidades para poder percibir al término del contrato, o al producirse el siniestro, el importe del seguro.

d) La necesidad de establecer controles internos, a fin de prevenir hechos irregulares, y, llegado el caso, de responsabilidades.

e) La exigencia de que los utilidades que arrojan sus balances sean verdaderos, líquidos y realizables, y que su resultado no se haya obtenido con el propósito de obtener dividendos a costa de la situación económica-financiera de la sociedad.

Una característica de las entidades de seguro es su preocupación preponderante-dando lugar lógica y admisible-por la producción y todo lo relacionado con ésta; pero esa tendencia no debe ir en menoscabo de otros aspectos fundamentales en toda buena organización. En la faz administrativa contable, debemos señalar que ha sido mucho menor la preocupación de las entidades privadas. Si bien debido a la intervención de la Superintendencia de Seguros, se ha logrado la uniformidad de los balances, el uso de cuentas, etc., en lo concerniente a la faz administrativa contable interna, especialmente respecto a trámites, controles y costos funcionales, se marcha aún con atraso.

Si se analizara el resultado de la labor administrativa de las entidades privadas de seguros, relacionán-

dele con el número de su personal, y se estudiara asimismo la simplificación de las tareas y la standardización de algunas de ellas, se lograrían importantes economías, aprovechándose de un modo más racional a los agentes de estas empresas.

Probablemente, dada la holgura económica con que siempre se han desarrollado las grandes compañías, no ha inquietado casi nunca a sus directores la necesidad de establecer ciertos funcionales y vigilar, para evitarlos, los gastos superfluos.

1.- Disposiciones reglamentarias sobre el régimen contable para el seguro de vida.

En el Régimen legal de la Superintendencia de Seguros de la Nación (texto original en 1938) y en el decreto 23.550 del 6 de febrero de 1957 se encuentran las principales disposiciones que sobre materia contable rigen en lo referente a las actividades aseguradoras.

En razón de sus características especiales, se disponen en dicho Régimen algunas distinciones respecto al seguro de vida. El inciso 9 del artículo 102, que se ocupa del régimen contable de las comisiones en el mencionado ramo, faculta a las entidades aseguradoras a amortizarlas en 5 años; el inciso 10 establece normas para la determinación de las reservas matemáticas, y el inciso 16 determina que las sociedades aseguradoras en el ramo de vida deberán presentar la siguiente documentación con motivo de la asamblea ordinaria anual: una memoria general, un estado descriptivo referente al monto de la cartera, los nuevos seguros, las primas, los siniestros pagados y los pendientes, la caducidad operada, los rescatos, las pólizas vendidas y la clasificación de las pólizas según su plan de emisión;

otro estado demostrativo de los intereses y rentas devengados por sus reservas matemáticas; un inventario y balance general, y el informe del síndico.

A su vez, el decreto 23.350, reglamentario del Régimen legal, amplía y precisa las disposiciones de ley en materia contable y de fiscalización. Los artículos 15 y 16 determinan la forma en que se efectuarán las inversiones, reservas, valuaciones y amortizaciones.

Es oportuno establecer aquí que uno de los problemas de más importancia en el aspecto económico y financiero del seguro de vida es el que origina la determinación de las inversiones que corresponde efectuar de las reservas técnicas y de provisión.

Ya hemos dicho que las utilidades obtenidas por una entidad de seguro de vida deberían estar dadas principalmente por la diferencia entre la tasa del interés que ella aplica en el cálculo de las primas y las reservas matemáticas y las producidas por las inversiones de éstas.

Como es sabido, las entidades de seguros calculan sus primas y sus reservas matemáticas con un interés que oscila entre el 3 y el 3 1/2 %. Este interés está de acuerdo con las normas establecidas en el Régimen legal de la Superintendencia de Seguros, según las cuales "se calcularán a una tasa que no sea superior al tipo de interés respectivo neto promedio obtenido durante los últimos tres ejercicios, dado el 1/2 %, nunca a un tipo superior al 4 %".

El Régimen legal determina en el comentado artículo 15, que las reservas sean invertidas de la siguiente manera: a) fondos públicos nacionales, provinciales y municipales garantizados; b) títulos públicos de países extranjeros hasta el importe de las reservas matemáticas correspondientes a las pólizas emitidas en moneda de esos países, siempre que

en los mismos se admite reciprocidad con los títulos de la deuda pública nacional; e) obligaciones o debentures con garantía especial; f) préstamos hipotecarios de primer grado; g) inmuebles; h) acciones; i) préstamos garantizados con títulos, obligaciones, debentures y acciones indicadas precedentemente.

Como puede observarse, existe una diversidad importante en los bienes a invertir por parte de las entidades de seguros, consideradas tanto desde el punto de vista de la productividad de renta como del grado de disponibilidad que contienen, ya que es posible que en determinadas circunstancias, por los compromisos que pudiera tener la entidad por siniestros, seguros vencidos, o rescatas, deba hacer frente a grandes erogaciones que reduzcan considerablemente los fondos existentes en cajas y bancos.

El régimen de inversiones establecido por la Superintendencia de Seguros, ya señalado, es sumamente amplio, y es así como las entidades están en condiciones, de acuerdo con las circunstancias y con la situación económica y financiera de la plaza, de orientar las inversiones conforme a sus conveniencias.

Por su parte, el referido artículo 16 dispone que la Superintendencia establecerá normas sobre contabilidad, valuación y amortizaciones, y los artículos 17, 18, 19, 20 y 21 tratan de los balances de las entidades de seguros en general, ya sean éstas nacionales, provinciales o extranjeras, como sociedades anónimas, cooperativas o mutualidades.

En otra consecuencia de estas facultades, que la Superintendencia de Seguros ha dictado resoluciones de orden contable, de las que citaremos las que se refieren al seguro de vida.

La resolución N° 100 (10-X-1940) establece el

modelo de balances de publicación para las compañías provinciales; la N° 193(27-VI-1941) fija las normas de valuación de las inversiones, y la N° 1019 determina la información anexa a cada balance que deben proporcionar las entidades de seguros de vida.

La resolución N° 1384(6-II-1949) establece en qué forma y sobre qué importes podrán participar los miembros del directorio, el síndico y los empleados en las utilidades de las sociedades.

La resolución N° 1650(27-VI-1949) dispone normas para las cuentas de orden en los balances trimestrales y generales de publicación.

La resolución N° 1689(10-VII-1949) fija normas sobre capitales mínimos, prima de emisión y planes de organización, estableciendo en \$50,000 pesos el capital mínimo para operar en el ramo de vida. Esta resolución fue modificada por la N° 2189 del 16 de julio de 1951.

Finalmente, debemos destacar, por la importancia que reviste en materia contable, la resolución N° 2277 del 18 de diciembre de 1951, que implantó con carácter uniforme y obligatorio a partir del 1 de enero de 1952 un plan de cuentas determinado por la Superintendencia y normas de contabilidad aprobadas por la misma institución.

De esta resolución nos ocuparemos en detalle más adelante, luego que consideremos las ventajas de un plan de cuentas.

2.- El plan de cuentas.

La contabilidad del seguro de vida, llevada a la práctica conforme a las exigencias modernas más adelantadas, debe estar regida por las normas que constituyen el plan de cuentas.

Las ventajas, como veremos, son evidentes, al coordinar orgánicamente toda la contabilidad, dotándola de claridad y exactitud y, en conjunto, de una estructura racional y precisa.

En el sistema de contabilidad corriente, el número, orden y denominación de las cuentas se suale ir constituyendo conforme a la marcha de la empresa, sin sujeción a un plan previamente establecido. El hecho de emplear a veces cuentas distintas para operaciones similares y el uso de registros especiales que suman el trabajo, reclaman la adopción de un método que simplifique la contabilidad con economía y exactitud en sus resultados.

Tal es el plan de cuentas, que adquiere así el carácter de una organización en que aquéllas aparecen clasificadas, conforme a su importancia, en clases y grupos definidos. A su vez, cada una de éstas deberá comprender una especie de operaciones determinadas con precisión.

Una visión poco aguda de los cosas ha hecho relegar en ciertos casos, a un plano secundario, el factor contable en la explotación del seguro, pese a que es uno de los más importantes en toda empresa comercial.

Por este camino, el plan de contabilidad deja de ser solamente un progreso contable, para adquirir el carácter de una organización perfeccionada de la empresa, en general.

Claro es que el plan no significa la falta de libertad de orden en la administración de la empresa, pero contribuye poderosamente a constituir una serie organizada.

La estadística tiene mucha importancia para el trabajo con exactitud en el planteo de un problema y para regular con precisión el desenvolvimiento futuro de una explotación.

tación. Una contabilidad orgánica nos permitirá llevar una estadística en la que se pueda confiar con exactitud; y ésta es otra ventaja del plan.

Cada oficina debe estar provista del plan de cuentas adoptado, y sobre esa base desarrollará su labor, con los datos según los puntos que abarca.

La contabilidad mecanizada exige con mayor razón el uso de los símbolos numéricos y la aplicación de un plan bien meditado. De otro modo se producirían dificultades en la interpretación de los símbolos, si por ejemplo, se adoptara una ordenación alfabética de cuentas, caracterizándose luego por un número.

Con más evidentes las ventajas de un plan de cuentas cuando se aplican de manera uniforme todas las entidades de seguros. Para el mejor éxito del sistema es necesario, en estos casos, llevar en 1944 los seguros o seguros los una contabilidad uniforme, y un sistema igual de clasificación de los comprobantes, para que las comparaciones y las deducciones, realizadas sobre operaciones dirigidas por idénticas normas, puedan ser exactas.

Plan contable diseñado por la Superintendencia de Seguros.

Trataremos ahora del plan contable puesto en vigor por la Superintendencia de Seguros de la Nación, y aplicable al ramo de vida.

Las normas contables y cuentas que deben llevarse en una contabilidad de este ramo, exigen un tratamiento especial que es necesario destacar, lo que ha motivado su inclusión en los tópicos de este trabajo.

Conchivos los motivos por los cuales no nos ocuparemos de las cuentas de orden general, ya que, si bien

en buena parte son de aplicación también al ramo de vida, de rian a este estudio una extensión inadecuada, en virtud de su carácter especializado.

Consignaremos a continuación las cuentas de activo y pasivo, y luego los débitos y créditos de las mismas, de aplicación obligatoria por todas las entidades aseguradoras, a partir del 1° de enero de 1952, según resolución de la Superintendencia de Seguros.

PLAN DE CUENTAS

Codificación

Cuentas

Activo

1.03.18	Préstamos sobre póliza de vida.
1.05.05	Primas vencidas a cobrar.
1.05.04	Fraciones de primas a vencer.
1.03.06	Cuentas de ^{de} productores-vida.
1.11.01	Comisiones a amortizar-vida.
1.08.10.11	Intereses vencidos a cobrar-vida.
1.12.02.05	Intereses devengados a vencer préstamos sobre pólizas-vida.

Pasiva

2.02.01	Compromisos-vida.
2.05.01.01	Reserva matemática (con la correspondiente discriminación).
2.02.01.02	Fondos de acumulación.
2.02.01.03	Compromisos pólizas vida en pagos diferidos.
2.02.01.03.01	Cuentas a vencer-vida.
2.02.01.03.02	Créditos de pago diferidos a vencer-vida.
2.02.01.04	Primas vida cobradas por anticipado.

2.08.01.05	Reserva siniestros pendientes-vida.
2.08.01.06	Acreedores por siniestros liquidados-vida.
2.10.01	Cuenta corriente productores-vida.
2.10.03	Comisiones por primas a cobrar-vida.
2.13.02.03	Intereses vencidos a devengar. Préstamos sobre pólizas-vida.

Débitos y créditos de las cuentas de activo.

Préstamos sobre pólizas-vida

Se debita por los préstamos otorgados sobre las pólizas de vida, con crédito a "Banco X, etc, etc.", cuando se entregue el importe; a "Primas vencidas a cobrar" cuando se utilice el préstamo para saldar deudas por primas; y a "Intereses préstamos sobre pólizas vida", "Impuestos y contribuciones a cargo de asegurados vida" y/o las cuentas que correspondan por los descuentos que se efectúen.

Se acredita en ~~propiedad~~ ^{cancelación} de la cancelación del préstamo con crédito a "Banco X, etc, etc.", "Pólizas vencidas", "Pólizas rescatadas" o la cuenta de siniestros que correspondiera, según el caso.

Primas vencidas a cobrar

Se debita mensualmente con crédito a los rubros representativos de las primas y recargos detallados en el capítulo XIII de las presentes normas, por el total bruto de las primas o cuotas de primas devengadas, más los recargos e impuestos a cargo de asegurados.

Se acredita con débito a "Banco X, etc, etc." por las primas cobradas durante el mes; a las cuentas de primas y recargos por las anulaciones que se hayan producido; a "Préstamos sobre pólizas-vida" cuando éstos se hayan aplicado a tal fin; a "Comisiones vida" para el ajuste de fin de ejercicio, y a la cuenta representativa del siniestro cuando correspondiera.

Fracciones de primas a vencer

Se debita al cierre del ejercicio por las sumas que correspondan por este concepto, netas de comisiones, impuestos, recargos, fondos de acumulación cuando dependan de las primas, etc., con crédito a las cuentas de primas pertinentes.

Se acredita al cierre del ejercicio siguiente mediante el asiento inverso.

Cuenta corriente productores-vida

Se debita por las liquidaciones que efectúa la entidad, con crédito a la cuenta "Isaac X. etc. etc."; y por las comisiones correspondientes a los seguros anulados, con crédito a la cuenta "Comisiones".

Se acredita con débito a la cuenta "Comisiones por primas a cobrar vida" por las comisiones correspondientes a las primas devengadas y pendientes de cobro.

Comisiones a amortizar-vida

Se debita al cierre del ejercicio por la parte de las comisiones pagadas y que se activan para su amortización en ejercicios futuros, con crédito a "Comisiones vida".

Se acredita por la parte comisiones diferidas de ejercicios anteriores que se amortizan en el ejercicio, con débito a "Comisiones vida".

Intereses vencidos a cobrar-vida

Se debita por los intereses de los préstamos sobre pólizas de vida, vencidos durante el mes y no cobrados por anticipado, con crédito a "Intereses préstamos sobre pólizas-vida"; Cuando la entidad siga el sistema denominado de "Caja", este asiento se efectuará al cierre del ejercicio, y por el total de los intereses vencidos durante el ejercicio

y no cobrados a esa fecha.

Se acredita con débito al rubro "Banco Ex. sta. etc.", en oportunidad del cobro. Cuando la entidad siga el sistema denominado de "Caja", procederá a su crédito al cierre del ejercicio siguiente, con débito a "Intereses prestados sobre pólizas, vida.".

Intereses devengados a vencer. Préstamos sobre pólizas, vida.

Se debita al cierre del ejercicio por el importe de los intereses corridos y no vencidos, correspondientes a préstamos sobre pólizas, vida, con crédito a la cuenta "Intereses préstamos sobre pólizas, vida.".

Se acredita mediante el asiento inverso a su día que se opere el vencimiento. Cuando la entidad siga el sistema denominada de "Caja" dicho crédito se llevará a cabo al cierre del ejercicio siguiente.

Débitos y créditos de las cuentas de pasivo

Reservas matemáticas

Se acredita con débito a "Ganancias y pérdidas, vida." por la constitución de las reservas matemáticas correspondientes al ejercicio.

Se debita al cierre del ejercicio con crédito a "Ganancias y pérdidas, vida." por las reservas matemáticas a desdiferar.

Fondos de acumulación

Se acredita con débito a "Ganancias y pérdidas, vida." por los fondos de acumulación que correspondan al ejercicio.

Se debita al cierre del ejercicio con crédito a "Ganancias y pérdidas, vida." por los fondos de acumulación constituidos en el ejercicio anterior.

Montos a vencer, vida

Se acredita con débito a la cuenta representativa de la indemnización o siniestro, por el valor actual de las sumas a pagar en forma de renta cierta, y con débito a "Intereses Pasivos - Invariaciones" por los intereses que se acumulen a dichas rentas.

Se debita con crédito al rubro "Pagos, etc., etc.", por los importes de las rentas que se abonan y en oportunidad del pago.

Siniestros de pago diferidos a vencer. - vida

Se acredita con débito a la cuenta de siniestros que corresponda de acuerdo con las presentes normas, por el importe de los siniestros de pago diferido.

Se debita por los importes abonados por tal concepto, con crédito a la cuenta "Pagos, etc., etc.".

Primas de vida cobradas por anticipado

Se acredita por el importe a que ascienden las primas cobradas con anticipación al vencimiento, con débito al "Pagos, etc., etc.".

Se debita con crédito a "Primas vencidas a cobrar", en oportunidad del vencimiento.

Reserva siniestros pendientes. - vida

Se acredita con débito a "Reservas y pérdidas. - vida" por la constitución de la reserva correspondiente a los siniestros pendientes de liquidación al cierre del ejercicio, y por el importe que corresponda de conformidad con las normas pertinentes.

Se debita al cierre del ejercicio por el ingreso de la reserva constituida en el ejercicio anterior, con crédito a "Reservas y pérdidas. - vida".

Acreedores por siniestros liquidados. - vida

Se acredita, cuando la entidad haya optado por

el procedimiento de devengados, con débito a la cuenta representativa del egreso, de acuerdo con el siniestro de que se trate y por el importe que resulte de la liquidación.

Se debita en el momento de efectuarse el pago correspondiente con crédito al rubro "Banco xx, etc, etc."

Cuenta corriente productores.-vida

Se acredita y debita en la forma indicada al considerar las cuentas de activo.

Comisiones por primas a cobrar.-vida

Se acredita por las comisiones que puedan corresponder sobre las primas devengadas, con débito a "Comisiones.-vida".

Se debita por las comisiones que se hagan exigibles, con crédito a : "Cuenta corriente productores, vida", "Banco xx, etc, etc." cuando se pague la comisión simultáneamente con el cobro de la prima, a "Comisiones, vida" por las comisiones de primas anuladas, o a "Primas vencidas a cobrar" por el ajuste de fin de ejercicio.

Intereses vencidos a devengar. Préstamos sobre pólizas.- vida.

Se acredita al cierre del ejercicio por los intereses vencidos durante el ejercicio, cobrados o no, y que han de devengar en el ejercicio siguiente, con débito a "Intereses préstamos sobre pólizas .- vida".

Se debita al inicio del ejercicio siguiente, mediante el asiento inverso.

Dejando a un lado las objeciones de forma que podría parecer el régimen contable proyectado por la Superintendencia de Seguros y puesto en vigor para las entidades aseguradoras, creemos llegado el momento de manifestar que, en razón de la importancia del seguro de vida, y tanto por el carácter de la explotación como por su técnica, deben separarse

se, en los libros de las entidades y en los balances de publicación, el activo y el pasivo del ramo de vida, de todo otro ramo y operaciones de la empresa aseguradora.

El activo y el pasivo del ramo de vida deben fiscalizarse de un modo especial, más que cualquier otro ramo, ya que en ningún otro riesgo a cargo del asegurador están en juego como en éste los intereses de los ahorristas que han querido proteger a sus familias con el seguro. »

Es a ellos a quienes debe ofrecérsales un balance donde puedan observar el activo y el pasivo de la comunidad de asegurados que se están protegiendo mutuamente.

Además ello permitirá un eficaz control, que unido a un régimen especial de inversión de las reservas y a una buena finalización de los rendimientos y de los gastos, ha de reportar una sensible mejora en este importante medio de previsión.

ESTADO
ZARAGOZA
20 DE JUNIO DE 1934

5.- El balance anual y la cuenta de resultado en el seguro de vida.

Si bien, como ya hemos observado, no contamos en el ramo de vida con un activo y pasivo independientes de los de otros riesgos, la cuenta de Ganancias y Pérdidas se refleja en los Balances de publicación por separado, aun cuando en la contabilidad no sucede generalmente lo mismo.

Transcribáase aquí todas las cuentas de Ganancias y Pérdidas, para que pueda observarse a través de ellas cómo juegan en la contabilidad los principales conceptos y elementos del seguro de vida, que hemos estudiado al considerar las bases técnicas, y las condiciones contractuales del seguro.

Cabe señalar que la utilidad o la pérdida, al igual como puede apreciarse en el plan de cuentas transcritos

se origina en una buena cantidad de causas, podemos sin embargo decir, sintetizando, que se produce por los siguientes conceptos:

- a) Mortalidad.
- b) Intereses.
- c) Cargas.
- d) Rescisiones o transferencias.
- e) Otras fuentes.

a) La utilidad por mortalidad se produce si la mortalidad real es inferior a la calculada, y por las razones que ya hemos dado en otro capítulo, constituye en la actualidad la mayor fuente de recursos del ramo de vida.

Debido es que en nuestro país se utiliza generalmente para el cálculo de las primas la tabla de Esperanza Americana de Mortalidad, la que, aparte del criterio conservador que la inspira, data de más de 80 años. Como se ha elevado notablemente desde hace algunos años el promedio de duración de la vida humana, la probabilidad de muertes resulta más baja que la consignada en la tabla.

b) La utilidad por intereses-factor éste que es justamente el que debe proporcionarla se produce cuando la renta que percibe el asegurador por sus inversiones es superior a la utilizada para el cálculo de las primas y reservas. Es decir, si la prima ha sido calculada con la tasa del 3 o $3\frac{1}{2}\%$, las inversiones de la compañía deben dar un porcentaje de interés superior a éste.

c) Otro de los factores que constituyen fuentes de ingresos para el seguro de vida son las cargas, que pueden dar utilidad siempre que adicionadas a las primas pures para eternizarlas de tarifa, sean superiores a las que se producen en la práctica. De lo contrario, pueden causar quebrantos por este concepto.

Ocorre en no pocas entidades aseguradoras que las cargas no llegan a cubrir los gastos, salvándose esto de flicit mediante las ganancias por mortalidad e intereses.

de La rescisión de los seguros también puede originar pérdida o ganancia, según la reserva que posea la póliza al momento de rescindirse. En efecto, las pólizas originan grandes gastos por su contratación, que sólo después de un número determinado de años se llegan a cubrir, siempre que los referidos contratos permanezcan en vigor.

e) Respecto a otras fuentes de utilidades, la que reviste mayor importancia es la enajenación de bienes del activo. En efecto, como ya hemos señalado, las reservas matemáticas, como así también las de previsión que se hubieran constituido, pueden dar motivo a inversiones diversas, tales como inmuebles, títulos públicos, préstamos, etc. Como la enajenación de estos bienes de activo, del ramo de vida, puede dar lugar a utilidades, es justo que incidan en los resultados del mismo.

GANANCIAS Y PERDIDAS

<u>Codificación</u>	<u>Debe</u>
3	<u>Sección Vida</u>
3.17	
3.17.01	<u>Siniestros</u>
3.17.01.01	Siniestros por Seguros Directos
3.17.01.01.01	Siniestros por muerte
3.17.01.01.02	Indemnización por accidentes
3.17.01.01.03	Rentas por invalidez
3.17.01.01.04	Libерación pago de primas por invalidez
3.17.01.01.05	Siniestros seguros colectivos
3.17.01.02	Siniestros por reaseguros activos
3.17.01.02.01	Siniestros por muerte
3.17.01.02.02	Indemnización por accidentes
3.17.01.02.03	Rentas por invalidez
3.17.01.02.04	Libерación pago de primas por invalidez
3.17.01.02.05	Siniestros seguros colectivos
3.17.02	<u>Otras indemnizaciones a los asegurados</u>
3.17.02.01	Indemnizaciones por seguros directos
3.17.02.01.01	Pólizas vencidas

5.17.02.01.02	Rentas vitalicias
5.17.02.01.03	Pólizas rescatadas
5.17.02.01.10	Otras indemnizaciones
5.17.02.02	Indemnizaciones por reaseguros activos
5.17.02.02.01	Pólizas vencidas
5.17.02.02.02	Rentas vitalicias
5.17.02.02.03	Pólizas rescatadas
5.17.02.02.10	Otras indemnizaciones
5.17.03	<u>Otros beneficios a los asegurados</u>
5.17.03.01	Beneficios liquidados
5.17.03.10	Otros beneficios
5.17.04	<u>Primas reaseguros pasivos</u>
5.17.05	<u>Gastos liquidación siniestros.</u>
5.17.05.01	Gastos liquidación siniestros seguros directos
5.17.05.02	" " " reaseguros activos
5.17.06	<u>Anulaciones</u>
5.17.06.01	Anulaciones seguros directos vida
5.17.07	<u>Gastos de producción</u>
5.17.07.01	Comisiones
5.17.07.01.01	Comisiones vida
5.17.07.01.02	Comisiones por reaseguros activos
5.17.07.02	Salarios agentes e intermediarios
5.17.07.03	Asignaciones agentes e intermediarios
5.17.07.04	Gastos contratación seguros
5.17.07.05	Gastos fomento producción
5.17.07.06	Gastos de viaje
5.17.07.07	Dirección médica
5.17.08	<u>Gastos de explotación</u>
5.17.08.01	Publicidad y propaganda
5.17.08.02	Gastos asociaciones profesionales
5.17.08.03	Salarios
5.17.08.04	Aporte patronal leyes sociales
5.17.08.05	Gratificaciones al personal
5.17.08.06	Asignaciones y honorarios a directores, síndicos y funcionarios superiores.
5.17.08.07	Gastos de viajes
5.17.08.08	Gastos por alquileres
5.17.08.09	Gastos conservación máquinas
5.17.08.10	Alquiler equipos mecánicos
5.17.08.11	Impresos y papelería
5.17.08.12	Utiles de oficina
5.17.08.13	Francos, telegramas y fletes
5.17.08.14	Comisiones bancarias
5.17.08.15	Gastos por electricidad
5.17.08.16	Gastos legales
5.17.08.17	Servicios de teléfonos
5.17.08.18	Honorarios de asesores profesionales
5.17.08.19	Asignaciones a oficinas y agencias
5.17.08.20	Gastos y conservación funcionarios retidos
5.17.08.21	Indemnizaciones y despidos

3.17.08.22 Comisiones de cobranza
 3.17.08.23 Adquisición de publicaciones
 3.17.08.24 Donaciones
 3.17.08.25 Servicios de sujeción
 3.17.08.99 Otros gastos de explotación

3.17.09 Impuestos y Contribuciones

3.17.09.01 Cuota anual superintendencia de seguros
 3.17.09.02 Tasa uniforme superintendencia de seguros
 3.17.09.03 Impuesto a los réditos
 3.17.09.04 Impuesto a los beneficios extraordinarios
 3.17.09.05 Impuesto a las actividades lucrativas
 3.17.09.06 Impuestos internos
 3.17.09.07 Impuesto de sellos
 3.17.09.08 Patentes
 3.17.09.09 Impuestos provinciales
 3.17.09.99 Otros impuestos y contribuciones

3.17.10 Amortizaciones

3.17.10.01 Amortización deudora varios
 3.17.10.02 Amortización mobiliario y material
 3.17.10.03 Amortización gastos de organización
 3.17.10.10 Otras Amortizaciones

3.17.11 Participación Contratos Reaseguro Activos

3.17.12 Intereses Varios Pasivos

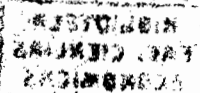
3.17.99 Otros pérdidas

----- 0 -----

Codificación

4

Haber



4.17 Sección Vida

4.17.01 Ingresos de Producción

4.17.01.01 Primas por seguros directos
 4.17.01.01.01 Primas vida primer año
 4.17.01.01.02 Primas vida renovaciones

 4.17.01.02 Primas de reaseguros activos
 4.17.01.03 Primas rentas vitalicias
 4.17.01.04 Opciones en rentas vitalicias
 4.17.01.05 Primas seguros colectivos
 4.17.02.06 Recargos administrativos
 4.17.01.07 Impuestos y contribuciones a cargo de asegurados.

4.17.02 Ingresos y Recursos por Reaseguros

4.17.02.01 Comisiones de reaseguros pasivos
 4.17.02.02 Sinistros recuperados de reaseguros
 4.17.02.03 Gastos liquidación siniestros recuperados de reaseguradores
 4.17.02.04 Impuestos y contribuciones recuperados de reaseguradores

- 4.17.03 Participaciones Contratos Reservas Pasivos
 4.17.04 Fluctuación Cambios
 4.17.05 Gastos Recuperados de Terceros
 4.17.06 Intereses Técnicos

Dejando aquí también a un lado alguna que otra objeción sobre el plan de cuentas correspondiente a los rubros de ganancias y pérdidas, fijemos nuestra atención en dos puntos que consideramos como de vital importancia para el resultado de la cuenta de ganancias y pérdidas del ramo de vida.

Un resultado favorable puede trocarse hasta en desfavorable y a lo inverso. Para ello basta con disponer que los gastos indirectos del servicio de seguro de vida o la participación en el vencimiento de las inversiones de las reservas no estén correctamente determinadas, ya sea por un voluntario o involuntario mal prorrateo o imputación.

Una incidencia mayor de gastos en la cuenta de Ganancias y Pérdidas del ramo de vida, o una menor participación en las inversiones de la sociedad, o ambos factores a la vez, pueden perjudicar a miles de asegurados. No es una novedad que por distintos motivos se desee disimular la pérdida en un ramo eventual, o la utilidad de un ejercicio en el ramo de vida. Surge entonces el expediente más fácil y seguro: una distribución de gastos o una distribución de rentas ajustada a dichos propósitos, hacen factible cualquier juego de esta naturaleza.

De ahí entonces, que lo esencial en materia de fiscalización y régimen contable en el seguro de vida, es establecer procedimientos exactos de prorrateo de gastos y rendimiento de inversiones, a fin de evitar que los asegurados vean en peligro sus ahorros, o al menos quedan burlados en lo concerniente a la participación en las utilidades que establecen las pólizas en favor de los mismos.

4. La reducción del valor adquisitivo de los capitales en el seguro de vida.

En la actualidad, la colocación de planes de seguros tropieza con dificultades por las objeciones que formula el público a este tipo de contratos a largo plazo, con respecto al valor adquisitivo del capital a percibir al finalizar el plazo optado.

Por ello, resulta interesante abordar el estudio de las medidas que corresponde la adoptar e efectos de subsanar, si no totalmente, por lo menos en parte, las consecuencias de la disminución del valor adquisitivo, que afecta a todo plan de ahorro sistemático a largo plazo.

Se ha dicho que el seguro vende seguridad, y que, cuando el asegurado toma un seguro, entiende protegerse él y su familia; por consiguiente, el alza de los precios que limite y reduzca la suma asegurada, significa un impedimento a los propósitos perseguidos por aquél

Contemplado el problema desde el ángulo de la actividad aseguradora privada, puede sostenerse que el asegurador en el riesgo de vida resulta beneficiado por la devaluación de la moneda, en detrimento de los asegurados.

En efecto, el asegurador recibe durante toda la duración del contrato las primas respectivas que son invertidas -deducidos los gastos típicos del negocio- como valor representativo de las reservas técnicas o facultativas en bienes que no sólo reditúan un interés satisfactorio, sino que también se valorizan a través del tiempo, como consecuencia de la disminución del poder adquisitivo del signo monetario.

Para no mencionar sino algunos ejemplos, se

de el caso de las inversiones en propiedades inmuebles, préstamos hipotecarios, títulos y acciones de otras compañías, etc.

Por ello, el asegurador, que opera a veces con capitales propios relativamente reducidos, desenvuelve así su actividad mediante la utilización de las grandes reservas acumuladas -pertenecientes a los asegurados- que invierte en distintas formas. Tales inversiones son muchas veces negociadas, en beneficio exclusivo del asegurador. Por otra parte, el activo de la entidad también se incrementa con las utilidades no distribuidas, e indirectamente con el mayor valor que van adquiriendo los bienes societarios que, si bien no se refleja en los libros contables, se traduce en un beneficio para los accionistas como consecuencia del mayor valor que en el mercado adquieren las acciones de capital.

Desde el punto de vista del asegurado, la situación es distinta en épocas de ^{devaluación} inflación. Reciben el caso del período contractual (30, 20, 10, etc. años) un capital con un valor adquisitivo inferior al que originariamente se propusieron constituir, situación ésta que se agrava en el caso de que los mismos no participen en las utilidades de la compañía.

Así tenemos que en las empresas de capitalización, los adherentes tienen una participación muy limitada en las utilidades de las compañías, y en las de seguros, si la tienen, es solamente sobre los beneficios que arroja el plan o la sección vida, debiendo en muchos casos el asegurado admitir un recargo en las primas que cobra.

Asimismo, en los casos de participación en las utilidades de la sección, éstas se determinan exclusivamente sobre la ganancia de mortalidad o sobre determinados rubros del ramo vida, pero difícilmente se les concede parti

icipación sobre el mayor rendimiento de las inversiones, y puede afirmarse que en ningún caso participan en las utilidades, provenientes de la realización de bienes del activo.

Por tales razones, se estima que correspondería buscar una solución que contemplara los derechos de los asegurados, hallando así una fórmula que les permitiera resarcirse, aunque fuera en parte, la eventual pérdida de valor adquisitivo del capital contratado.

Además de las reservas matemáticas y técnicas que pertenecen a los asegurados, suelen constituirse reservas facultativas o libres en oportunidad de los balances anuales, con fines de provisión, distribuyéndose en consecuencia dichas utilidades no sólo a los accionistas, sino también a los asegurados. De ello surge el derecho que tienen éstos sobre fondos y reservas libres constituidos por el asegurador.

Admitido entonces el derecho, procedería, cuando el asegurado produjera un siniestro, acordar al asegurado una participación sobre los fondos y reservas libres.

De esta manera se lograría incrementar el capital del plan y compensar así en parte la eventual disminución del valor adquisitivo del mismo.

Todo ello, sin considerar el derecho potencial que los asegurados pudieran tener sobre el mayor valor que van adquiriendo los bienes de activo a través del tiempo. En este aspecto, podría argumentarse que no se trata de utilidades líquidas y realizadas y no representan, por ende, un acrecentamiento definitivo del activo; sin embargo, conviene recordar el antecedente que existe en materia inmobiliaria, donde el Estado ha establecido una revaluación quinquenal que, si bien para fines meramente fiscales, puede ser registrada en los libros contables, previa autorización de las autoridades

des competentes, e incrementar así el valor del capital.

5.- La participación en las utilidades.-

Los contratos de seguro de vida, por regla general, otorgan a los asegurados una participación en los excedentes que produce la explotación de dicho ramo.

Según las pólizas anuales en plaza, emitidas por las compañías, le corresponde participar en las utilidades al asegurado, después de tres años de vigencia del contrato mientras continúe en vigor el pago de las primas y esté en vida a los vencimientos respectivos.

El importe de la participación se determina anualmente, con arreglo al reglamento respectivo aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación y se paga dentro de un término posterior a la fecha de aprobación de los balances por la asamblea general de accionistas de la compañía.

Las empresas asignan además extra-dividendos algunos después del décimo año del seguro- con la condición de que sus expedientes lo permitan.

Cuando el importe de las utilidades no se retira vencido el plazo de pago, o el asegurado ha dispuesto de jarlo en depósito, la compañía reconoce sobre aquél un interés capitalizado por períodos anuales.

El asegurado deja de participar en las utilidades de la compañía en caso de liquidación o rescisión de la póliza por cualquier causa, o de conversión de la misma en un seguro de capital reducido o temporario sin pago ulterior de primas (salvado o prorrogado); pero se le reconoce el derecho a percibir los dividendos ya vencidos.

Si por muerte del asegurado se liquida la póliza, los dividendos vencidos y no cobrados se pagan al bene-

ficiario del seguro o a sus derecho-habientes.

En caso de rehabilitación de la póliza, el asegurado vuelve a participar en las utilidades de la compañía.

Por su parte, los pólizas de los seguros facultativos de vida emitidas por la Caja Nacional de Ahorro Postal, como organismo asegurador, otorgan participación en las utilidades a los asegurados, sobre el resultado anual de los planes denominados Seguro Integral, Ahorro y Seguro y Seguros Colectivos Privados. Gozan de este beneficio los asegurados, sin que se les recarguen las primas por ese concepto.

En cuanto a los seguros de vida colectivos y obligatorios para el personal de la Administración Pública (leyes 13.003 y 14.003), la participación en las utilidades se ha establecido sólo a favor del Estado, en razón de que éste contribuye al pago de los ~~premios~~ ^{sueldos} de los empleados de sueldos menores.

Sistemas de distribución.— La compañía adapta sus propias normas generales o especiales para estos planes, en punto a distribución de utilidades. Por ello, los sistemas son diversos, y sólo contemplan aspectos parciales del principio de equidad. En efecto, si la participación se efectúa en proporción a las primas pagadas durante el ejercicio, una póliza vital a 10 años, por ejemplo, recibe más beneficio que otra del plan ordinario de vida, lo cual no es justo, ya que en este último el capital neto en riesgo es mayor, y, por lo tanto, superior la ganancia por mortalidad.

La falta de equidad se acentúa cuando la base de distribución es el capital asegurado, porque una póliza

za con varios años de vigencia obtendrá igual participación que otra reciente, a pesar de que las reservas correspondientes a la primera son superiores y, por lo tanto, su inversión ha contribuido en mayor grado al resultado favorable del ejercicio.

Debe observarse aquí que un plan de distribución basado en las reservas ofrece el inconveniente de no guardar relación con las utilidades originadas en una proporción baja de mortalidad. Por otra parte, una póliza con reservas abultadas supone varios años de vigencia, es decir, no existe utilidad alguna por recargo.

Un sistema más justo es el llamado "de contribución de los tres factores", que combina la experiencia favorable a la entidad en lo concerniente a certa edad, la ganancia por diferencia de intereses y la que procede de excedentes por recargo.

Espero, debe observarse que no es indispensable la exigencia de una exactitud matemática para la distribución de utilidades, dado que todo seguro mutuo está basado en la solidaridad de los asociados y no en fines especulativos.

Beneficios del fondo de acumulación.— La participación en estos beneficios, a que ya nos hemos referido, merece una consideración especial.

Las ganancias de que se trata deben ser distinguidas de las utilidades que resultan de la administración económica y financiera de una empresa de seguros. Las pólizas de vida, por lo general, pueden contratarse con o sin participación en el fondo de acumulación. Este derecho a participar en tales ganancias no es una mera gracia que se concede,

sino un beneficio que se logra mediante el pago de una sobre prima. Por lo tanto, no se trata de un privilegio, sino de una participación pagada debidamente por el asegurado.

Para las empresas denuncian el interés del público con las expresiones de "participación en las utilidades" o "en los dividendos" o en los excedentes de la compañía, con que señalar las actividades especiales de estos planes. Tales características son las siguientes:

a) Las tarifas se rebajan en una proporción ligeramente superior al 10% cuando corresponden a pólizas con derecho a la participación en las utilidades.

b) Las pólizas de determinado plan - por ejemplo las correspondientes a un año - son agrupadas por la compañía, que las señala mediante una serie.

c) El fondo de acumulación se constituye mediante el 10% de las primas de renovación de la respectiva serie, o sea, lo del segundo año en adelante, capitales generalmente al 4% anual.

d) Puede a opción del asegurado el recibir la participación al término de cada período (trienio, quinquenio, etc. según esté reglamentado), o al finalizar el plazo de acumulación (vencimiento de la póliza: 15 años como mínimo, en el seguro ordinario de vida).

En este último caso, además del 10% de las primas de renovación y sus intereses, participa de la ganancia del "fondo", procedente de aquellas pólizas de igual serie que, por mortalidad, rescisión, caducidad o conversión en seguro saldao o prerrogado no alcanzaran a estar vigentes al trienio, quinquenio, etc., según corresponda.

e) En el caso de que el asegurado no desee cobrar en

efectivo su participación, puede destinar esta suma al pago de las primas de un seguro adicional o del propio seguro, y cuando se trate de liquidación, puede afectarla para acrecentar eventualmente la renta vitalicia.

Esta condición de los seguros de vida así denominados, ofrece ventajas tanto para los asegurados como para los aseguradores. En cuanto a las compañías, la situación es benéfica, debido a que obtienen una prima más alta, y por lo tanto, quedan capacitadas para hacer frente a una siniestralidad mayor que la esperada, aparte del interés que despliegan tales pólizas sobre los asegurables. Por otra parte, se ha visto que las tablas empleadas establecen una mortalidad muy superior a la real.

Respecto al asegurado, su ventaja está en que puede obtener dividendos superiores a la diferencia existente entre las primas con participación y sin participación. Además, debe señalarse que de los beneficios con los cuales se forman los fondos de acumulación, entran también las utilidades correspondientes a los planes sin participación. Y en fin, debe tenerse presente, que las compañías, con el objeto de fomentar los seguros participantes en los beneficios, otorgan como mínimo de utilidades a los asegurados, el 10 por ciento de dicha diferencia.

CAPITULO VI

El seguro de vida en el extranjeroRégimen legal de explotación en diversos países:

- 1.- Estados Unidos
- 2.- Gran Bretaña
- 3.- Francia
- 4.- Rusia
- 5.- Bélgica
- 6.- Uruguay
- 7.- Alemania
- 8.- España
- 9.- Italia

La tendencia dominante en la actualidad acerca de la explotación del seguro de vida en diversos e importantes países extranjeros, se inclina hacia una preocupación cada vez mayor del Estado, por esta forma de la previsión, la cual es objeto de leyes y reglamentaciones, cada vez más amplias y precisas, que se aplican por organismos oficiales creados especialmente para ese fin.

La exposición sobre el régimen legal existente en un grupo caracterizado de naciones del mundo, que presenta a continuación, se propone ofrecer, con carácter ilustrativo, un panorama general de la explotación del seguro de vida a fin de proporcionar los elementos esenciales para comparar la legislación respectiva y apreciar la solución hacia la cual se marcha por distintos caminos, pero con propósitos coincidentes en la trascendencia que se le reconoce al problema y en las proyecciones sociales del mismo.

1.- En Estados Unidos.

Al respecto, merecen destacarse en primer término, por el interés aplicado a los seguros de vida, los Bancos de ahorro de los estados de Massachusetts y Nueva York, los cuales, si bien no son cajas postales, tienen mucha similitud con ellas, por tratarse de Bancos mutuales de ahorro. Este sistema ha alcanzado gran desarrollo en aquel país, con el nombre de Savings-Bank Life Insurance.

Bancos de Ahorro de Massachusetts.

Por ley del año 1907, los Bancos mutualistas de ahorro del estado de Massachusetts tienen autorización, sujeta da al cumplimiento de ciertas condiciones, para operar en el ramo de seguros de vida.

El capital máximo que se aceptaba sobre una persona hasta el año 1915, era de 500 dls., aumentándose luego a 1.000 dls. por Banco. Como trabajan 26 Bancos de ahorro en estas operaciones, una persona puede llegar a asegurarse hasta en 26 mil dls. Sin embargo, el promedio de ^{2810000 344} las pólizas en vigor es de 900 dls., y ello nos indica que estos seguros son tomados, en general, por personas de recursos limitados.

La ley respectiva establece que los Bancos mutualistas de ahorro interesados en estas operaciones de seguros, deben solicitar autorización de los respectivos comisionados de Bancos y de seguros, y podrán obtenerla siempre que previamente hayan logrado la conformidad de las dos terceras partes de sus funcionarios y de la mayoría de sus mutualizados.

Estos Bancos de ahorro, para operar en seguros, deben constituir un "Fondo de garantía de gastos, por un mínimo de 5.000 dls. y un "Fondo especial de garantía de seguros", no menor de 20.000 dls. Dicho fondo tiene por objeto constituir un suplemento en los primeros años de explotación, para las entradas destinadas a gastos.

puede ser retirado en cuanto lo permitan las ganancias netas y cuando no sea ya necesario, en opinión de los comisionados de Bancos y seguros. Este "Fondo especial de garantía" tiene también por objeto capacitar a un banco para cubrir pérdidas por muertes tempranas. Los departamentos respectivos de estos Bancos emiten todas las principales formas ordinarias de pólizas de seguros y provisiones. Las primas pueden pagarse anual, semestral, trimestral o mensualmente.

Las pólizas contienen las cláusulas usuales que se encuentran en los contratos de las compañías de seguros de vida, entre ellas las formas opcionales de pago.

Los valores garantizados son mucho más liberales que los de las compañías, concediéndose un valor en efectivo del total de la reserva, después de 6 meses, y otros géneros de préstamo después de 1 año. Las pólizas no son emitidas con beneficio de inalienabilidad, (suspensión de primas, o suspensión de rentas) ni con beneficio de indemnización.

Cada Banco debe retener al 75% de sus utilidades, hasta que haya acumulado un excedente de 20,000 dla.. De aquí en adelante, por lo menos el 25% de sus ganancias debe ser distribuido en forma de dividendos.

Los departamentos de seguros de estos bancos están sujetos a la supervisión de los respectivos comisionados de bancos y de seguros. Los fondos deben ser invertidos en la misma forma que los recursos del departamento bancario, con la excepción de que pueden hacerse préstamos sobre pólizas. Aproximadamente la mitad de los fondos totales están invertidos en bonos, y una tercera parte en hipotecas sobre propiedades reales del Estado de Massachusetts.

Durante los primeros veintiséis años del siglo, los bancos de este Estado han gozado la ventaja de la

liberación de ciertos gastos e impuestos por las operaciones de seguros. Igualan a sus departamentos de seguros pagan un impuesto más bajo del que abonan las compañías de seguros de vida por las mismas operaciones.

Caja de Ahorro de Nueva York.

Por ley del año 1923 se autorizó a los bancos actuales de ahorro del Estado de Nueva York a operar en seguros de vida. La general esta ley es, salvo ligeras modificaciones, exactamente la del Estado de Massachusetts.

El Superintendente de Seguros tiene a su cargo la vigilancia respectiva, y al efecto, designa al Director actuarial y al Director médico.

En el Estado de Nueva York, a diferencia del de Massachusetts, los impuestos que gravan a los departamentos de seguros, son los mismos que se les aplican a las compañías privadas.

Cualquiera de ALBANY
MAY 12 1924
RECEIVED de ahorro del Estado de Nueva York puede establecer una sociedad de seguros, siempre que cumpla con los requisitos establecidos por la ley respectiva. En cuanto a la autorización para emitir pólizas, deberá ser otorgada por el Superintendente de Seguros.

Las Cajas de ahorro autorizadas podrán emitir pólizas sobre la vida de las personas y otorgar rentas vitalicias con todas las obligaciones, derechos y privilegios que les prescribe la ley.

Las Cajas de ahorro del Estado de Nueva York deben también, para explotar el ramo de que trata se, constituir un fondo denominado "Fondo Social de garantía para seguros". Este no podrá ser inferior a \$2,000,000.00 en efectivo, y se le destinará al pago y liquidación de todos los siniestros u otras obligaciones provenientes de pólizas o de contratos de

renta vitalicia, cuando los pasivos de dicha sección, incluida la reserva para seguros, excedan sus activos.

También se harán de constituir un "Fondo especial de garantía para gastos", por la cantidad de 5,000 dls. como mínimo en efectivo, y que deberá ser puesta a disposición de la sección seguras para ser destinado al pago de sus erogaciones, si el importe incluido en los recargos de primas del seguro resultare insuficiente para sufragar los gastos de la sección respectiva. Estos fondos están formados por certificaciones que devengan intereses no menores del 6% y son reintegrados en oportunidad y conforme a ciertos requisitos.

Las Cajas de Ahorro del Estado de Nueva York no pueden emitir pólizas o contratos de rentas vitalicias por los que se obligue a pagar más de 1,000 dls. y de 100 dls. de pensión al año, respectivamente. Tampoco podrán contratar seguros de vida con una persona que hubiera obtenido pólizas de otras Cajas por un total de 5,000 dls.

Las mencionadas Cajas no podrán emplear corredores de seguros ni obradores, pero les estará permitido establecer agencias y oficinas para la recepción de solicitudes y de pagos de primas, en los lugares y con las condiciones que el Superintendente apruebe.

La sección ahorros deberá estar separada de la sección seguros, y los fondos pertenecientes a esta última serán invertidos en la misma clase de valores y en idénticas formas a la requerida por ley para la inversión de los depósitos de las secciones de ahorros y préstamos sobre pólizas de seguros o contratos de rentas vitalicias.

Las empresas privadas.- Libre competencia.-

Existe en los Estados Unidos un régimen de

completa libertad para la explotación del seguro de vida sin competencia por parte del Estado, en ésa y en casi todos los países. El control oficial es riguroso y difiere según los Estados que lo aplican, pues cada uno de ellos tiene su propio Departamento de Seguros y su Superintendencia para la fiscalización respectiva.

Las compañías autorizadas para operar en seguros deben exhibir sus libros y demás documentos a la Superintendencia de su jurisdicción y presentar balances, anuales en la mayoría de los Estados, y trimestrales en el de Nueva York. Se exige la aprobación previa de las tarifas por los organismos de fiscalización, y en cuanto a la ética de las operaciones, una ley denominada "Bill relating to Unfair Methods of competition and unfair and deceptive practices in the business of insurance", prohíbe la propaganda falsa, la mención despectiva de los competidores, la explotación de rebajas y todo procedimiento desleal o incorrecto.

Dentro de este régimen de libre competencia fiscalizada, el seguro de vida ha alcanzado en los Estados Unidos una de las posiciones más sólidas del mundo.

A partir del año 1933, se produjo una reacción favorable en las actividades aseguradoras en el ramo de vida, después de un período anterior de depresión. Debe señalarse, no obstante, que por entonces se elevó el costo debido a la reducción del tipo de interés de las inversiones de los fondos del seguro de vida.

La extraordinaria demanda de provisiones después de la depresión fue un importante factor para elevar el activo de las empresas. Un gran volumen de ahorros pasó, no a los bancos, sino a las compañías de seguros. Otro hecho notable es que, a pesar de cierta reducción de los ingresos,

del monto de los gastos y de una demanda anormal de valores de rescate, todos los pagos fueron cubiertos por los ingresos, sin que disminuyera, en general, el activo.

Existe la tendencia a poner en práctica nuevas técnicas actuariales, como las referentes al cálculo del costo de las primas para ciertas edades, a fin de obtener una distribución más equitativa del costo, y las que concierne a los tipos de interés garantizado y a los nuevos métodos de valoración de no caducidad, innovaciones todas, debidas por otra parte, a la experiencia sobre la mortalidad.

Una modalidad interesante de algunas compañías norteamericanas de seguros de vida es la campaña educativa que desarrollan entre sus clientes para prolongar la vitalidad mediante racionales métodos higiénicos. Para esto la "Metropolitan" por ejemplo, cuenta con un extraordinario servicio de publicidad.

Por otra parte, cincuenta compañías que mantienen un Instituto de prolongación de la vida humana ofrecen gratuitamente a sus asegurados los servicios de un examen médico periódico. Pero sólo un 10% de los asegurados ha usado ese franquicio.

El seguro colectivo.

Este ramo del seguro de vida ha tenido un importante desarrollo en los Estados Unidos. Conforme a este plan, el grupo asegurado debe estar integrado por empleados de una sola empresa o persona; comprendidos todos en una sola póliza, sin el requisito del examen médico y a un costo reducido.

Según la definición adoptada por la Convención Nacional de Comisionados de Seguros, en 1918, las características del seguro de grupo son las siguientes:

Debe proteger a un mínimo de 50 empleados, mediante una póliza otorgada al patrón. La prima debe ser pagada por éste o por el patrón y los empleados en conjunto. Deberá asegurar a todos sus empleados por capitales basados en un plan que excluirá la selección individual. Cuando la prima sea pagada por el patrón y los empleados conjuntamente, y los beneficios de la póliza sean ofrecidos a todos los empleados elegibles, se requerirá que el seguro alcance al 75 % por lo menos de los componentes del grupo.

Para dar idea de la importancia adquirida por el seguro colectivo en los Estados Unidos, consignaremos que, según estadísticas del año 1938, la cantidad de ese seguro en vigor era en cifras redondas de 14.000 millones de dólares, y protegía a más de 8 millones de personas.

Seguro industrial.

En 1927, al promulgarse la Ley de Seguros de Nueva York, se definió el seguro industrial como aquél en que las primas se pagan semanal o mensualmente, o bien si el valor nominal del seguro es menor de 1.000 pesos, las palabras "pólizas industrial" están impresas en la portada de la póliza.

Desde 1939, se excluyó el seguro vital de la definición del seguro industrial.

En este seguro de vida, que pueden tomar tanto los adultos como los niños, el capital asegurado es reducido, las primas son, como hemos dicho, semanales o mensuales y se ha difundido entre las clases asalariadas.

Hay que considerar en que el seguro industrial, se lo denomina seguro familiar, por cuanto puede ser tomado por los componentes de una familia, y desde el nacimiento hasta la edad de 65 a 70 años.

Dará una idea de la gran importancia alcanzada por este seguro en los Estados Unidos, el hecho de que según datos del año 1937, había en vigor 89 millones de pólizas industriales en las compañías de aquel país, asegurando una cantidad total de más de 20.500 millones de dólares.

2.- en Gran Bretaña.-

Las empresas privadas.- Libre concurrencia.

Una amplia libertad de operaciones caracteriza el régimen de explotación del seguro de vida por las entidades privadas en Gran Bretaña.

El desenvolvimiento de las compañías está regulado por la ley de sociedades de 1929, sustituida por la ley de 1947, y por la ley de seguros de 1946 modificatoria de la "Insurance Companies Act" de 1939, que suprimió el requisito del depósito bancario de 20.000 £, pero exigiendo un capital mínimo accionario de 50.000 £.

Las actividades de las compañías están sujetas a estrictas reglas de fiscalización estatal, que se aplican por intermedio del Ministerio de Comercio. No se exige la previa autorización para operar, pero las empresas tienen la obligación de publicar los actos de mayor trascendencia económica.

A las "Chartered accountants", expertos verificadores, cuya profesión es similar a la de nuestros contadores públicos nacionales, les está confiada la misión de controlar a las empresas privadas de seguros. Por ley de 1939 se organizó además un controlador, a cargo del Ministerio de Comercio, sobre el seguro de los riesgos de guerra.

La "Companies Act" de 1943, autoriza al "Board of Trade" la investigación de la propiedad de las co

ciomas.

No hay competencia por parte del Estado en el caso de vida ni en los demás que no hayan sido nacionalizados de acuerdo con la "National Insurance Act" de 1946 y la "National Insurance" (Industrial Injuries Act) del mismo año.

Una de las características más dignas de destacarse en las compañías inglesas de seguros es la estabilidad de sus carteras. Debido a la confianza que inspiran no es frecuente que los asegurados cambien de compañía, más que ésta se hace familiar por tradición.

Debido a ello, la intervención de aseguradores extranjeros en el mercado británico es reducida.

El carácter liberal de la organización inglesa de seguros ha producido el tan característico agente de seguros británico. Hasta acreditar cierto volumen de posibles contratos, para estar en condiciones de ser nombrado agente por una compañía. Se considera ilícito, además, que el agente pueda entregar al asegurado parte de su comisión.

Por la parte del asegurado está el "broker" que es su agente. Este sí es profesional del seguro, en tanto que los otros agentes no pueden serlo. El prestigio del "broker" le hace elemento fundamental del seguro británico. Algunas entidades de "broker" alcanzan en Londres a tener más de 500 empleados administrativos.

Los "broker" constituyen una corporación que congrega de 300 a 400 miembros, los cuales operan colocando seguros en todas las compañías, con o sin tarifa, y en "llo.d.e'".

Las señaladas características de las compañías de seguros inglesas les han procurado millones de clien

tes en todo el mundo.

Ya ha sido recuperado y hasta superado el volumen de negocios que en el extranjero tenían las referidas empresas antes de la guerra. Aumenta el volumen de operaciones de las compañías inglesas en las plazas americanas.

Los seguros sociales.- El sistema de seguridad social de Gran Bretaña ha sido perfeccionado con cinco leyes del Parlamento que entraron en vigor el 5 de julio de 1948 e instituyen respectivamente, el seguro nacional, el amparo contra los accidentes del trabajo, el servicio nacional de sanidad, la atención de la infancia y un plan de asistencia para los desvalidos.

Para la sanción de estas leyes se tuvo en cuenta el Informe sobre Seguros Sociales y Afines, preparado por la Comisión presidida por Sir William Beveridge, cuyo plan fue publicado en 1942.

De las cinco leyes referidas, la más importante es la de Seguro Nacional, sancionada en 1946, cuyas previsiones son las siguientes: un amplio sistema nacional de seguros que comprende pagos pecuniarios, como subsidio por desocupación, enfermedad, maternidad, viudez, tutela y defunción, y pensión por retiro; reforma de las disposiciones vigentes sobre el seguro de desocupación, el seguro nacional de sanidad, pensiones contributivas por viudez, orfandad y vejez y pensiones no contributivas de vejez; procedimientos para los pagos del sostenimiento del servicio nacional de sanidad, y disposiciones referentes al cumplimiento de los propósitos enumerados en la ley.

Para todos los fines concernientes a los seguros sociales, la población comprendida entre los 16 y los 65 años, o sea en edad de trabajar, queda clasificada en tres categorías; las personas con empleo, las auto-empleadas y las sin empleo.

siendo obligatorio para todas ellas el pago de una suma semanal en relación con la categoría, el sexo y la edad. Los patronos de las personas comprendidas en la primera categoría deben contribuir para el sostenimiento de estos seguros, y el Estado aporte una cuota complementaria para las tres categorías.

3.- En Francia

Nacionalización de compañías.- Sector libre.

Por ley del 25 de abril de 1945 fué nacionalizado en Francia un buen número de compañías de seguros y de sociedades de capitalización. Este régimen no implica un monopolio, ni una socialización, ni una nacionalización total, ya que gran cantidad de entidades de seguros, francesas y extranjeras y de capitalización, continuarán funcionando como empresas privadas y constituyen el denominado sector libre.

Las entidades nacionalizadas conservan el estado de sociedad comercial que las rege y continúan sometidas a la legislación referente a las compañías de seguros.

Mantienen asimismo su personería jurídica y su autonomía financiera, conservando su personal y, en principio, las modalidades de su propio funcionamiento.

Los riesgos en que operaban las compañías monopolizadas y que pasaron a la atención del Estado son los siguientes: vida, nupcial, incendio, accidente, robo, marítimo, explosiones y varios.

Salvo reciprocidad, la nacionalización no es susceptible de ser aplicada a las carteras de seguros de las empresas extranjeras por sus operaciones en Francia, en Argelia y en los territorios franceses de ultramar.

Las acciones de los socios de las entidades nacionalizadas quedan transferidas al Estado. Los accionistas

reciban en compensación, partes beneficiarias negociables. Las características de esos títulos se fijan por el Ministerio de Finanzas.

Puede definirse este régimen de seguros, en lo que respecta a la intervención del Estado, como de "explotación dividida". Entre las entidades nacionalizadas, diez son de seguro de vida.

Consejo Nacional de Compañías de Seguros.

La ley crea un Consejo Nacional de Compañías de Seguros que tiene por presidente al ministro de Finanzas. El Consejo está integrado, por veintinueve miembros de los cuales, siete son representantes del Estado, siete de los asegurados y siete de los profesionales del seguro.

Este Consejo propone al ministro de Finanzas:

a) las reglas técnicas y financieras que se aplican obligatoriamente a todas las entidades de seguros y reaseguros nacionalizadas o no para regular las condiciones generales de sus actividades;

b) las directivas de coordinación entre las cajas nacionales de seguros regentadas por la Caja de depósitos y consignaciones, con las otras empresas de seguros;

c) las condiciones generales de las pólizas y tarifas;

d) las normas encaminadas a acrecentar el rendimiento de las cartteras correspondientes a las sucursales de agencias, extranjeras, y de las filiales en el extranjero de las compañías nacionalizadas;

e) la ejecución de todas las medidas adecuadas para nacionalizar el funcionamiento de las empresas, tanto en lo que respecta a su organización, como en lo concerniente a la reducción del precio de costo de los seguros.

Otras disposiciones

A su vez, cada una de las compañías nacionaliza-

esta está dirigida por un Consejo de Administración, integrado por un presidente, un director general, nombrado por el ministro de Finanzas, y los siguientes miembros representantes: tres por el Estado, tres por el Consejo Nacional de Seguros, uno por el personal de inspectores, uno por los empleados de la empresa, y un tercero por los agentes generales.

Ningún funcionario público puede ser nombrado administrador de una empresa nacionalizada, salvo el caso de que sea designado como representante del Estado.

Hasta después de cinco años de haber ejercido una función pública, no está permitido desempeñar el menciona cargo de administrador.

Los asegurados de empresas nacionalizadas pueden recibir una participación en los beneficios, sin que esto reduzca los derechos que aquéllos tienen según sus contratos en vigor.

Un establecimiento ^{que funciona} al nombre de Caja Central de Reaseguros, de carácter ^{20230.784} ~~estatal~~ y dotado de autonomía financiera, ha sido creado por la ley mencionada y puesto bajo la superintendencia del ministro de Finanzas.

Las operaciones relacionadas con las cesiones obligatorias que se hagan a la Caja Central de Reaseguros, son garantizadas por el Estado.

Las empresas francesas particulares de seguros, no nacionalizadas, deben ceder obligatoriamente a la Caja Central de Reaseguros una parte de las primas correspondientes a las operaciones que realizan en Francia, en Argelia y en los territorios franceses de ultramar.

En lo que concierne a estas entidades, el Gobierno queda autorizado por la referida ley a fijar las condiciones en que deben desenvolverse su gestión financiera y su

coordinación eventual con los organismos públicos o semipúblicos de depósitos o de ahorro.

4.- En Rusia

Monopolio. En el período inmediatamente posterior a la revolución de 1917, se estableció en la Unión Soviética, por decreto del 28 de noviembre de 1918, el monopolio de Estado para todos los ramos del seguro privado.

Todas las entidades aseguradoras (sociedades en comandita, sociedades por acciones y sociedades mutuales) fueron puestas en liquidación.

Las antiguas instituciones aseguradoras de los "kolkhozy" (seguro rural) y las organizaciones municipales de seguros mutuales fueron declaradas propiedad de la República Rusa.

En cuanto a las operaciones de seguros de vida que efectuaban las cajas de ahorro del Estado, estableció el decreto que seguirían desarrollándose como antes.

En 1921 comenzó un segundo período, en el cual se constituyó un ente autónomo para dirigir el monopolio, denominado "Gosstrach", contracción de "Gosudarstvjennoje strachovanie", o sea Departamento General de los Seguros del Estado.

Seguro facultativo colectivo de vida.

En 1938, al "Gosstrach", le fueron conferidos además de la explotación de los seguros de cosas, a que se limitaba primitivamente, los seguros sobre la vida.

Existe actualmente en la Unión Soviética el seguro colectivo facultativo sobre la vida, que comprende a los obreros, empleados, campesinos, socios de las cooperativas, alumnos de las escuelas de aprendizaje de las fábricas, de la facultad obrera, de los institutos de enseñanza media y superior, etc.

Estos seguros se estipulan sin el requisito del examen médico y sin tener en cuenta la edad del asegurado.

El "Gosstrach" asume la cobertura del riesgo de muerte por cualquier causa, pero no da lugar al pago del seguro cuando el deceso del asegurado ha sido provocado intencionalmente por el beneficiario, al solo objeto de obtener la suma asegurada.

El Departamento General de los Seguros del Estado cubre también el riesgo de incapacidad permanente, sea parcial o total; pero esta invalidez sólo es reconocida en el caso de que haya sido causada por un evento súbito, como las lesiones producidas por el golpe de un objeto, la caída del asegurado, agresiones de personas o de animales, efectos del rayo, manejo imprudente de máquinas, uso de cualquier clase de instrumentos, accidentes causados por ferrocarriles, tranvías, trenes, automóviles, etc, lesiones derivadas de insolaciones, envenenamientos por sustancias nocivas y profesiones por gases tóxicos, etc.

Entran también en esta categoría los trastornos producidos por enfermedades nerviosas y psíquicas, y los provocados por conmociones súbitas. La invalidez causada por enfermedades comunes no constituye objeto del seguro. Por otra parte, la garantía del "Gosstrach" alcanza solamente a la pérdida permanente de incapacidad común de trabajo. En cuanto a la pérdida de una capacidad de trabajo especial, ella no constituye objeto para este seguro.

Las sumas que se pueden asegurar en este plan colectivo son las de 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000 o 5.000 rublos. Cualquiera sea el capital asegurado debe ser igual para todos los subscriptores del seguro. Es condición necesaria para este contrato colectivo, la adhesión del 40 % como míni-

za de los trabajadores de una empresa.

El capital asegurado se paga íntegro en los casos de muerte y de incapacidad total y permanente.

Cuando la invalidez es permanente, pero parcial, el "Gosstrach" paga un porcentaje de la suma asegurada en relación directa con el porcentaje de pérdida de la capacidad de trabajo. El porcentaje de pérdida se establece mediante peritaje médico.

La suma asegurada se paga al contratante en caso de invalidez, a su beneficiario en caso de muerte, y si éste no hubiera sido designado, corresponderá el capital a su derecho habiente.

A más de 7 millones de personas alcanzó la cifra de los asegurados en el año 1934, por este plan colectivo y facultativo de vida.

La prima es de 12 ^{ANNUALMENTE} rublos anuales por cada 1.000 rublos de capital asegurado. En 1934 el importe de las primas alcanzó a 26,5 millones de rublos.

Seguro facultativo individual de vida.

Existe en vigor, en la U. R. S. S. otra forma de seguro, el facultativo individual de vida, al que pueden recurrir todos los ciudadanos entre las edades de 16 a 60 años. Para este seguro se exige examen médico. En cuanto al contrato, puede tener una duración máxima de 20 años.

Respecto a los riesgos que cubre y el pago de las sumas aseguradas por muerte e incapacidad, las condiciones son similares a las del seguro colectivo ya señalado. Se excluyen los pagos cuando la muerte o la invalidez ha sido provocada por suicidio o tentativa de suicidio, respectivamente. En este plan, puede contratarse sin límite el capital que se desee asegurar. La cuantía de la prima varía en relación con la edad del asegurado y la duración de la póliza.

Seguro facultativo individual contra accidentes.-

Todo ciudadano entre los 16 y los 70 años, puede tomar una póliza de seguro facultativo individual contra accidentes, sin requisito alguno. Pero no tienen acceso a este seguro las personas que hayan perdido por cualquier causa, más del 50 % de su capacidad de trabajo.

El "Coastrach" garantiza la cobertura de los riesgos de muerte y de incapacidad permanente, sea parcial o total, causada por accidente. Al efecto, se determinan los conceptos, que son los mismos establecidos para los seguros de vida individuales y colectivos.

La garantía de este seguro abarca también los casos de muerte o incapacidad por enfermedades nerviosas y psíquicas provocadas por conmoción u otra causa análoga.

El contratante puede asegurarse por cualquier suma que se paga íntegra en los casos de muerte y de invalidez total y permanente.

Las primas se fijan en relación con la profesión del asegurado, a cuyo efecto la tarifa se divide en cuatro clases, a cada una de las cuales corresponden varias categorías de trabajadores.

Seguro facultativo contra accidentes por cuenta de las organizaciones.

Este seguro comprende a todos los trabajadores de institutos y organizaciones del Estado, cooperativas y entes públicos. El plan se diferencia del individual reseñado precedentemente, porque la determinación de los riesgos y las estipulaciones del contrato son efectuadas directamente por la Administración pública o por la entidad correspondiente, en nombre de los asegurados.

seguro obligatorio contra accidentes a los viajeros.

Este seguro comprende a los pasajeros de los medios de transporte ferroviarios, marítimos, fluviales, lacustres, automovilísticos, y aéreos que viajen por las vías de comunicación abiertas permanentemente al tránsito. Quedan excluidos de este seguro los pasajeros de las líneas de transporte suburbanas.

Los riesgos asegurados por el "Doostrach" son los de muerte e invalidez permanente del pasajero, producidas a consecuencia de un accidente causada por el medio de transporte. Para que haya derecho a recibir el importe asegurado, es necesario que el accidente haya ocurrido durante el viaje y dentro del espacio de tiempo de validez del billete.

6.- En Bélgica

Caja de Seguros de Vida. La entidad es una institución de utilidad pública, que funciona desde 1884 con la garantía del Estado, integrado como Caja de Seguros de Vida, la Caja General de Ahorro y de Retiros que había iniciado operaciones sobre el mencionado ramo en el año 1891.

La entidad no persigue ninguna finalidad lucrativa. El Consejo General está facultado para distribuir eventualmente sus excedentes de activo entre los titulares de las pólizas.

En caso de falta de pago de una prima en el mes de su vencimiento, el capital asegurado queda reducido a un valor equivalente a las primas pagadas. El asegurado puede solicitar, dentro de los cinco meses posteriores al vencimiento de la prima impaga, que el contrato sea renovado mediante el pago de las sumas adeudadas más los intereses al 4%.

Diversos planes de seguro de vida.

La Caja opera conforme a los siguientes pla-

nes:

- a) De vida entera.- Garantiza el pago de un capital al ocurrir la muerte del asegurado.
- b) Temporario de capital constante.- Asegura el pago de un capital si el deceso del titular de la póliza se produce antes del término fijado en el contrato.
- c) Temporario de capital decreciente.- Sobre, en caso de muerte, el saldo de un préstamo reembolsable por anualidades constantes. (Se trata de contratos formalizados para asegurar la adquisición o la construcción de vivienda).
- d) Temporario de renta.- Tiene como objetivo la constitución de una renta de orfandad, temporaria hasta los 18 años de edad.
- e) De capitales diferidos.- Estos son pagaderos exclusivamente, en caso de vida del asegurado, a la expiración del término establecido.
- f) De rentas vitalicias.- Consiste en una renta vitalicia pagadera, luego del fallecimiento del asegurado, al beneficiario designado.
- g) Misto.- Garantiza el pago de un capital al asegurado, si éste vive a la expiración del término fijado en el contrato; pero si muere antes, las primas dejan de adeudarse y el capital es pagado inmediatamente al beneficiario. Este plan reúne las ventajas del seguro temporario de capital constante y del de capitales diferidos.
- h) Seguro-ahorro.- Es un plan de capital diferido en caso de vida. Permite la constitución, mediante el pago de primas mensuales constantes, de un capital que es entregado al tomador de la póliza en el caso de que éste viva al término del contrato. Si ocurre el deceso del asegurado antes de expirar el plazo convenido, las primas abonadas son reembolsadas a los

beneficiarios, sumados los intereses compuestos, al 3 %.

1) Operaciones colectivas.- Además de los planes precedentes, la Caja realiza, sin examen médico previo, y exclusivamente por intermedio de asociaciones mutualistas suscritas, operaciones colectivas de vida entera y de seguro temporario para la constitución de modestos capitales destinados a satisfacer los gastos de entierro y de última enfermedad de los asegurados.

Según su entrada en vigor, los contratos pueden ser:

a) De efecto inmediato; comienzan a regir inmediatamente después del pago de la primera prima.

b) De efecto diferido; entran en vigor a los dos años del primer pago. Si el asegurado muere antes de finalizar este período bienal, las primas abonadas son reembolsadas a los derecho-habientes previa deducción del 3 %.

La edad de los asegurables no debe ser menor de 5 años ni mayor de 65. El examen médico previo es exigible para los seguros de efecto inmediato, excepto los de capitales diferidos. Los de efecto diferido y los de capitales pagaderos en caso de vida no requieren examen médico.

El total de los capitales asegurados sobre una misma persona puede alcanzar a 200.000 francos. Si se trata de seguros de efecto diferido de dos años, el capital máximo queda reducido a 30.000 francos para los seguros mixtos, y a 10.000 francos para los demás.

Para el capital asegurado, cuando el contrato tiene por objeto el reembolso de préstamos para vivienda, o de adelantos otorgados con la participación del Estado, puede alcanzar el monto de las sumas prestadas o anticipadas.

El capital mínimo que puede asegurarse indivi-

cuando es de 1.000 francos.

El tomador de la póliza tiene derecho a designar el beneficiario. Puede estipularse que, al vencimiento del contrato, el capital asegurado sea depositado en la Caja de Retiros para la constitución de rentas vitalicias en provecho del beneficiario.

Las actividades de la Caja de Seguros han estado siempre estrechamente vinculadas a la construcción o transformación, mediante préstamos, de la casa para el obrero.

Libre concurrencia para las entidades privadas.

La explotación del seguro de vida por parte de las empresas privadas se caracteriza por ser un régimen de concurrencia libre, sometido al control del Estado. Por ley del año 1930 se implantó un sistema de fiscalización sobre el seguro de vida, que fué complementado por decretos de los años 1931, 1935, 1936 y 1937. En 1947 se creó una comisión oficial encargada de estudiar los métodos de control del Estado sobre los diversos ramos del seguro y el reaseguro.

6.- En el Uruguay

El monopolio estatal de los seguros.— La institución del monopolio de los seguros por el Estado en la República Oriental del Uruguay, que se remonta al año 1911, dió motivo en su hora a un amplio y laborioso debate parlamentario que respondió a la gran expectativa pública suscitada por la iniciativa del Poder Ejecutivo.

En el mensaje del 26 de abril de dicho año, con que elevaba el proyecto a la Cámara de Representantes, se comenzaba expresando que "las condiciones de existencia de las sociedades modernas han ampliado el número y el campo de acción de los servicios públicos y de los de utilidad general".

Y agregaba más adelante el mensaje: "El Estado actual, como organización económica que es, asume ahora sin vacilaciones, la producción de determinados servicios, buscando el desarrollo y una repartición más justa de la riqueza nacional".

Fundado también en que "no puede mirarse con indiferencia la extracción anual de fuertes cantidades de dinero por un concepto como el del seguro", y alegando otras consideraciones de orden jurídico, social y económico, presentó al Poder Ejecutivo un proyecto de ley, cuyo artículo 1° quedó aprobado en esta forma:

"Art. 1°.- Declárase monopolio del Estado el contrato de seguros cubriendo los riesgos de vida, accidentes del trabajo e incendio. El Estado podrá asimismo realizar otra clase de seguros".

Por el artículo 2°, el Poder Ejecutivo quedó facultado para fijar por decreto, ^{previamente} ~~en~~ ^{la} ~~fecha~~ ^{fecha} en que superaría a hacerse efectivo el monopolio. Mientras tanto, las compañías quedaron autorizadas para continuar sus actividades con carácter provisional. En cuanto a los contratos que estuvieran en vigor en la fecha en que el riesgo comenzara a ser monopolizado por el Estado, continuaría obligando a los contratantes.

La ley creó un "Banco de Seguros del Estado" con la función exclusiva de realizar todos los seguros a que se refiere el artículo 1°, aun antes de la fecha en que algunos de ellos habrían de ser monopolizados por el Estado, según el decreto respectivo. La entidad inició sus operaciones el 1° de marzo de 1915.

El capital del Banco quedó fijado en tres millones de pesos (3.000.000), en títulos de deuda pública de 5% de interés anual y 1% de amortización acumulativa anual. De esta

bleció también la garantía y responsabilidad del Estado para las operaciones del Banco, que, por su parte, las garantizaría con su capital y su fondo de reserva.

Además de las operaciones generales de seguros, la ley otorgó al Banco las siguientes facultades:

a) Adquirir la cartera de compañías o agencias de seguros, substituyéndolas en todas las obligaciones y derechos.

b) Colocar en deuda pública o en valores de fácil y segura realización las reservas técnicas que correspondan en ca da clase de riesgo.

c) Colocar en bienes raíces, productoras de renta, en hi poteca y en préstamos en caución sobre las mismas pólizas, una parte de las reservas técnicas correspondientes a los se guros sobre la vida.

d) Caucionar o vender fuera o dentro del país los títu-
los o valores que tuviere en su cartera.

Por decreto del 8 de ^{AGOSTO} Abril de 1914, las ope-
raciones del Banco se extendieron al monopolio del seguro de
accidentes del trabajo, la cartera de las compañías que ope-
raban en ellos pasó por compra a la entidad oficial.

El 10 de noviembre de 1916 se dictó una ley
declarándose inembargable el capital hasta 5.000 pesos, y la
venta hasta un máximo de 1.200 pesos anuales, en las operacio-
nes de "seguro popular" que realice el Banco de seguros del
Estado. Dicha venta sólo podrán percibirla los hombres des
pués de los cincuenta años y las mujeres en cualquier edad.

Otra ley complementaria del 13 de septiembre
de 1923 estableció la embargabilidad, a favor del Banco de se
guros del Estado, hasta el 10% de su importe líquido, de los
sueldos, pensiones, jubilaciones, jornales, comisiones o cual

quier otra remuneración que una persona reciba del Estado o de los particulares.

Tres años después, el 17 de julio de 1936, se sancionó una ley declarando monopolio del Estado el contrato de seguros cubriendo todos los riesgos.

Las rentas vitalicias contratadas con el Banco fueron declaradas inembargables hasta la suma de cien pesos (100.-), según ley del 19 de septiembre de 1941, siempre que concurren los extremos siguientes: 1º, que sean contratadas con carácter de no enajenables o irrevocables; 2º que el titular de la renta no goce del beneficio de inembargabilidad por otro título.

Siempre atendiendo a las finalidades sociales de los seguros a cargo del Estado, el 3 de marzo de 1944 fué sancionada otra ley complementaria en virtud de la cual las empresas o patronos que se dediquen a la explotación de bosques, montes y turberas, deberán asegurar obligatoriamente a su personal contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en el Banco oficial.

Actualmente existe en el Uruguay un monopolio total del seguro y reaseguro, ejercido por el Estado, mediante el referido Banco oficial.

8.- En Alemania.

Régimen de libre concurrencial- Las entidades privadas de seguros de vida gozan de libertad operativa sujeta al control del Estado.

Como antecedentes de esta fiscalización existen disposiciones legales que se remontan al año 1861.- En 1930 se creó una Superintendencia de Seguros para toda la Federación de los países alemanes. Para el seguro de vida, existen normas especiales que ya estaban previstas en la ley

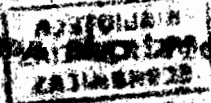
del 30 de marzo de 1908.

En la zona oriental que se halla bajo la influencia soviética se han adoptado disposiciones que significan una nacionalización casi total de los seguros.

8.- La España.-

Concurrencia fiscalizada.- Las empresas privadas explotan el seguro de vida en España, sujetándose al control del Estado, conforme a un régimen legal que tiene su origen en la ley del 14 de marzo de 1908, y en reglamentos dictados en 1912 y 1922.

Una Dirección de Seguros, dependiente del Ministerio de Hacienda, fue creada por decreto del año 1934. Las normas de fiscalización se complementan con una ordenanza de 1938, relativa a la inscripción y el funcionamiento de las compañías de seguros, la modificación de los planes y la alteración de las primas.

Las reglamentaciones  significan una restricción mayor respecto a las entidades extranjeras de seguros.

Seguro colectivo.- El seguro colectivo en España, regulado por orden ministerial del año 1943, presenta las siguientes características:

El contratante debe ser persona natural o jurídica que legalmente represente a la colectividad asegurada.

El contrato debe cubrir alguno de los riesgos habituales en la vida y comprender al menos el 75% de los componentes de la colectividad. El grupo asegurado debe estar integrado por individuos que tengan un mismo patrono y ejerzan iguales actividades o una misma profesión.

El pago de la prima debe efectuarse por el

contratante bajo un mismo recibo.

Cuando se reparte total o parcialmente el importe de primas globales entre los componentes del grupo, la fracción que a cualquiera de ellos corresponda no será superior a la prima que deba satisfacer por un seguro individual de las mismas garantías.

El capital asegurado habrá de ser igual para todos los componentes del grupo, pero si fuere distinto, deberá determinarse en relación con los sueldos, las categorías y otros factores que justifiquen la diferencia.

Seguro popular.- Las condiciones establecidas en España para este seguro, según disposiciones oficiales, son entre otras las siguientes:

Deberá practicarse sin reconocimiento médico y la suma asegurada no excederá de 25.000 pesetas.

Los capitales asegurados, serán pagados totalmente a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurre después del 2º año de vigencia de la póliza.

En caso de muerte accidental, el capital se pagará íntegro desde el primer momento.

9.- En Italia

Concurrencia con las empresas privadas, con fiscalizaciones.-

El régimen del seguro de vida en Italia se caracteriza por una intervención preponderante del Estado. Este concurre a su explotación con las empresas privadas, y ejerce sobre éstas una rigurosa fiscalización. La tendencia dominante, desde largo tiempo atrás, es la de poner bajo la dirección del Estado, las actividades relacionadas con esta rama de la provisión.

Una institución oficial de previsión, el "Istituto Nazionale de Seguros, creado por ley del 4 de abril de 1912, tiene por objeto el ejercicio de los seguros sobre la vida humana, en concurrencia con las empresas nacionales y extranjeras autorizadas, según lo dispone el decreto-ley del 22 de abril de 1923.

Dicho Instituto, con sede en Roma, quedó constituido en organismo asegurador de la vida, en todas sus formas, y con la garantía del Estado para todas las pólizas emitidas por el ente oficial. Por decreto-ley del 20 de mayo de 1923, que aprobó el estatuto orgánico del Instituto, se dispuso que éste debería contar en cada provincia con una o más agencias generales.

El Instituto tiene personalidad jurídica y gestión autónoma y funciona bajo la dependencia de los Ministerios de Industria y Comercio y del Tesoro.

El ente oficial, ^{asociación} ~~asociación~~ tiene la facultad, a pedido de las empresas nacionales ^{ERMINENDO} y extranjeras de seguros, de aceptar la cesión de sus Carteras, en las condiciones que fija el Consejo de Administración del Instituto.

Otro organismo que refiriera la tendencia hacia la intervención activa del Estado en esta materia, es la Unión Italiana de Reaseguros, cuyo estatuto aprobado por decreto del 2 de octubre de 1936, quedó perfeccionado por decreto del 15 de febrero de 1950.

El artículo 1º del referido estatuto determina que entre las empresas privadas intervinientes en el acto de fundación y el Instituto Nacional de Seguros, se constituye una sociedad por acciones con el título de Unión Italiana de Reaseguros. El objeto de esta sociedad es el de ejercer en Italia y en el extranjero, los seguros y las retrocesiones en

todos los ramos.

En cuanto a la explotación privada de los seguros, el decreto-ley del 23 de abril de 1923 establece lo siguiente:

Las empresas nacionales que intenten ejercer la industria de los seguros o de los reaseguros sobre la vida humana, las empresas extranjeras que se propongan explotar en el Reino la industria de los seguros sobre la vida y las que deseen establecer en el país su representación legal para operar en reaseguros, deben ser previamente autorizadas para ello.

Por decreto-ley del 4 de octubre de 1946 se modificaron los requisitos para dicha autorización, estableciéndose, entre otras exigencias, la posesión, por parte de las sociedades anónimas de seguros, tanto nacionales como extranjeras, de un capital accionario no inferior a cien millones de liras, y si se trata de sociedades ^{de seguros} ~~de seguros~~, de un fondo de garantía que no baje de la suma referida.

Todas las entidades de seguros sobre la vida, tanto nacionales como extranjeras, quedaron obligadas, por el citado decreto del año 1923, a ceder al Instituto Nacional de Seguros una parte de los riesgos asumidos en las operaciones que constituyen la cartera italiana. La cuota que deben ceder es del 40 % por los riesgos aceptados en los primeros diez años de su autorización para operar; del 30 % en el segundo decenio; del 20 % en el tercero, y del 10 % en los siguientes.

Las empresas nacionales y extranjeras de seguros de vida están obligadas también a extraer anualmente de las utilidades netas provenientes de las operaciones realizadas en el país, no menos del 10 por ciento para constituir el fondo de reserva ordinario.

Dichas entidades deben presentar al Ministerio de Industria y Comercio, cada tres años, por lo menos, un censo estadístico entre la mortalidad prevista en las tablas y la verificada realmente, y también una confrontación de los intereses preestablecidos y los realmente obtenidos por la inversión de las reservas.

Otras disposiciones reglamentar detalladamente diversos aspectos del seguro, entre ellos, la constitución de las reservas matemáticas y la participación en las utilidades.

Por decreto del 4 de enero de 1926 se dispuso que las oficinas postales del país y de sus colonias quedaban autorizadas para cobrar las primas de los seguros y pagar los capitales asegurados por cuenta del Instituto Nacional.

Otras disposiciones del mismo reglamento establecieron detalladamente los requisitos exigibles a las empresas privadas para su autorización. Entre ellas, la documentación relativa a la constitución legal ^{de las} sociedades, y de sus capitales o fondos de garantía, según los casos; las bases técnicas; los métodos actuariales adoptados para el cálculo de las primas puras, los cargos y las reservas matemáticas; las tarifas de las primas puras y de las primas brutas, y las condiciones generales para las varias especies de contratos, con la advertencia de que deben contener las normas relativas a las reducciones y a los rescates.

CAPITULO VII

Explotación del seguro de vida en el país

- 1.- Régimen de explotación comercial y particular
 Por compañías privadas:
 - a) Sociedades anónimas, nacionales y extranjeras
 - b) Mutualidades y cooperativas.
- 2.- Régimen a cargo del Estado;
 La Caja Nacional de Ahorro Postal como organismo asegurador.
- 3.- Organización de las empresas de seguros
- 4.- La colocación del seguro de vida.

1.- Régimen de explotación comercial y particular.

Para formarnos una ^{idea de la} ~~idea de la~~ amplitud e importancia del seguro de vida en el país, es oportuno conocer las instituciones que se ocupan de su explotación, la organización que posean y el desarrollo económico y financiero alcanzado por las mismas.

Por compañías privadas: El seguro de vida en el país es explotado por entidades privadas que actúan como sociedades anónimas en su mayor parte; y por mutualidades y cooperativas en escala reducida, a diferencia del seguro social, que está a cargo de Cajas creadas por ley y administradas con intervención del Estado.

Las entidades privadas que operan en seguros pueden clasificarse en nacionales, provinciales y extranjeras.

Las nacionales son las que han sido autorizadas como sociedad por el Poder Ejecutivo Nacional; las provinciales, por gobiernos de provincias, y las extranjeras tienen el carácter, por lo general, de agencias, y en algunos casos de sucursales de compañías fundadas en el exterior, que han obtenido autorización del Poder Ejecutivo Nacional para operar en la República.

a) Sociedades anónimas.— En nuestro país, toda sociedad anónima que se constituya para explotar el seguro de vida o de otro ramo, debe solicitar previamente la personería jurídica y la correspondiente autorización para operar en seguros. Dichos trámites deben realizarse conforme lo establecen los artículos 1 a 12 del decreto 23.550, con intervención de la Superintendencia de Seguros de la Nación, la Inspección General de Justicia y el Poder Ejecutivo Nacional o provincial, según la jurisdicción correspondiente a la sede de la sociedad.

RECEIVED
SECRETARÍA DE
TRABAJO

En caso de resolverse favorablemente la solicitud, la Superintendencia dispone la inscripción de la empresa en el "Registro de Actividades de Seguros".

Las compañías organizadas en forma de sociedades anónimas se caracterizan por estar dirigidas por capitalistas poseedores de sus acciones. La explotación del seguro se realiza en estas entidades como una industria, con el fin de obtener un interés para los capitales invertidos, sin que intervengan los asegurados en la administración de la compañía.

Estas sociedades comerciales inician su actuación en condiciones ventajosas por contar con los fondos necesarios para operar y con la práctica de personas que conocen el país.

Este tipo de sociedades para la explotación del seguro privado es el que predomina en el mundo, sobre los Estados Unidos, donde las principales empresas que operan en seguros de vida están organizadas en forma mutual; Uruguay donde el seguro de vida está monopolizado por la Nación y a cargo del "Banco de seguros del Estado", creado por ley en el año 1911; en Francia, cuyo Gobierno nacionalizó en 1946 un buen número de compañías de seguros y sociedades de capitalización; y en Italia, donde existe un régimen de competencia, dado que el "Istituto Nazionale delle Assicurazioni" opera en seguros de vida con la garantía del Estado y el goce de ciertos privilegios, entre ellos, el de que las oficinas postales efectúan cobros y pagos por cuenta del "Istituto".

En nuestro país las sociedades anónimas constituyen la forma de explotación privada del seguro cáscas adaptada a ese fin. Puede afirmarse que, en la actualidad, la totalidad de las operaciones de seguros privados son efectuadas por sociedades anónimas.

Las ventajas de estas instituciones radican sobre todo en que concentran capitales realizados de considerable importancia, lo cual constituye una garantía para sus operaciones; actúan en un radio de acción tan amplio que en muchos casos adquieren carácter internacional, lo que hace posible una mayor división de riesgos.

Espero, la explotación de los seguros a cargo de las sociedades anónimas presenta como desventajas el elevado costo de producción, las primas caras, el propósito de lucro comercial, exento de fines sociales, todo lo cual ocasiona la permanente y onerosa fiscalización del Estado.

Según el régimen legal vigente en nuestro país las formas de empresas privadas, individual, colectiva y en sociedad están habilitadas para la explotación de los seguros, dado que, en virtud de los artículos 1° y 8°, inciso 5° del Código de Comercio, y artículo 1° del decreto 23.750, puede hacerlo toda entidad jurídica o persona física que revista la calidad de comerciante, exceptuándose únicamente, por imperio de la ley 11.645, artículo 3°, a las sociedades de responsabilidad limitada.

Pero prácticamente, las entidades que acabamos de mencionar, aparte de impedirsele serios inconvenientes de orden económico y funcional, tropiezan con otras dificultades de naturaleza técnica para la explotación de los seguros. Es por ello que la actividad aseguradora se ha desarrollado, en su mayor parte, sobre la base de las sociedades anónimas.

b) Mutualidades y cooperativas. RESERVA
DE
SEGURIDAD Las mutualidades que operan en seguros de vida de tipo comercial son de poca importancia en nuestro país. No sucede lo mismo en los Estados Unidos, donde existen las tres aseguradoras más importantes del mundo la "Metropolitan", la "New York Life" y la "Equitable", primitivamente sociedades anónimas que se transformaron en mutualidades y emiten pólizas a prima fija.

El seguro mutuo o prima fija que ofrecen estas sociedades presenta la gran ventaja de adecuar el precio al costo, de manera que cuando su organización y administración cuentan con una prudente dirección técnica, resulta una de las formas de explotación del seguro que mejor consulta el interés de los asegurados.

En nuestro país existen también ciertas socie-

ciones privadas de seguros mutuos que otorgan, además de los beneficios de asistencia médica y farmacéutica, sumas determinadas a los derecho-habientes. Estos beneficios generalmente, no están basados en cálculos actuariales, por lo que dejan de tener importancia para el estudio que realizamos.

En cuanto a las cooperativas, en materia de seguros de vida han tenido un desarrollo exiguo, pese a que esta clase de sociedades reúnen las ventajas de las mutualidades y las sociedades anónimas.

Todas estas entidades que operan en seguros privados de vida están controladas financiera y económicamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación, y obligadas a someter a su aprobación sus estatutos, asambleas, condiciones de pólizas, tarifas, balances trimestrales y anuales, retornos, participación en los beneficios, etc.

Las mutualidades y las cooperativas deben cumplir también iguales requisitos para operar en seguros que las exigidos a las sociedades anónimas. Interviene también al respecto, el Ministerio de Industria y Comercio por conducto de la Dirección de Cooperativas.

Podemos decir que, si bien el seguro privado de vida en el país ha logrado importancia, no ha alcanzado el desarrollo adquirido en otras naciones. Notamos que su mayor evolución comienza a partir del año 1946, con motivo del progreso económico y social de la Nación. La intervención del Estado, instituyendo a la Caja Nacional de Ahorro Postal, como organismo asegurador, -cuyas operaciones de este índole comenzaron en aquella fecha- y las leyes de seguro colectivo obligatorio de que nos ocuparemos más adelante, han dado un impulso extraordinario a este ramo de la previsión social en la Argentina.

gentina.

El siguiente cuadro estadístico ilustra, con el valor concreto de las cifras, acerca del desarrollo del seguro de vida en la Argentina, a cargo de empresas privadas.

ESTADÍSTICA SOBRE EL SEGURO DE VIDA EN EL PAÍS

Nómina y producción de las entidades que operan

en seguros de vida en la Argentina

<u>Entidades</u>	<u>Primas por Cengu ros Directos</u>	<u>Primas Netas</u>
<u>Sociedades Anónimas de la Cap.Fed.</u>		
Aceosagan	117.847	65.745
Agrícola, La	10.956.785	3.559.954
Anglo Argentina, La	1.960.537	1.594.482
Buenos Aires, La	3.082.553	2.851.942
Cílope	690.487	538.291
Colombia	1.186.105	864.545
Comercio, El	18.851.066	16.379.196
Compañía Aseguradora Argentina	278.356	614.209
Cóndor, El	324.170	301.577
Continental, La	27.478.770	27.199.259
Cruz del Sur, La	2.279.361	1.819.274
Economía Comercial, La	2.801.484	2.723.787
Equitativa del Plata, La	8.956.421	6.121.450
Estrella, La	861.560	775.696
Franco Argentina, La	31.042.901	17.759.387
Holando Sudamericana, La	1.752.844	979.414
Inmobiliaria, La	12.113.880	16.228.493
Instituto Italo Argentino	3.868.430	2.541.410
Providencia	746.476	649.659
Rural, La	3.584.219	2.811.537
Sol Argentino, El (1)	24.735(2)	12.078
Sud América	58.422.326	57.232.429
Unión Comerciantes	626.645	357.479
Universal, La	42	42
Total de la Capital Federal	181.594.072	162.459.274
<u>Sociedades Anónimas del Interior</u>		
Aseguradora Río de la Plata(1)	75.276(2)	52.561
Chaco Argentino	3.772.930	2.483.221
Primera, La	5.962.251	4.920.525
Rosario, La	11.325.333	7.916.442
Unión Crecial, La	4.056.952	3.052.089
Total del Interior	22.193.322	18.455.760
Total Compañías Nacionales	203.787.394	180.914.034

	<u>Primas por Seguros Directos</u>	<u>Primas Netas</u>
<u>Encuentros y Agencias de Sociedades Extranjeras</u>		
Compagnie D'Assurances Gen. sur La Vie(2)	2.884.505 (3)	2.728.441
Equitable Life (1)	10.228(3)	10.228
Gresham Life (2)	1.359.452(3)	1.275.957
Norwich Unión Life (2)	3.175.127(3)	3.100.288
Royal Insurance (1)	829.927(3)	825.969
Standard Life (1)	11.058(3)	11.058
Sun Life of Canada (1)	15.658.694(3)	15.400.740
Total Compañías Extranjeras	23.708.659	23.242.259
<u>Sociedades Cooperativas</u>		
Protección, La	713.149	298.568
Total Cooperativas	713.149	298.568
TOTAL GENERAL	228.209.382	204.444.281

Reaseguros

	<u>Activos</u>	<u>Pasivos</u>
<u>Sociedades Anónimas de la Cap.Fed.</u>		
Aconcagua	7.7.104	58.285
Agrícola, La	225.740	2.522.574
Anglo Argentino, La	38.371	404.446
Buenos Aires, La	150.759	881.170
Cíclope	10.551	174.727
Columbia	15.794	337.354
Comercio, El	54.027	1.755.837
Compañía Aseguradora Argentina	20.866	384.982
Cóndor, El	8.527	317.130
Continental, La	297.014	3.571.425
Cruz del Sur, La	28.998	247.206
Economía Comercial, La	67.734	545.491
Equitativa del Plata, La	86.327	957.828
Estrella, La	32.492	119.362
Franco Argentina, La	136.964	3.420.412
Holanda Sudamericana, La	68.087	842.017
Inmobiliaria, La	140.494	2.025.581
Instituto Italo Argentino	32.759	353.839
Providencia	15.642	213.559
Rural, La	76.424	449.106
Sol Argentino, El(1)	-.-	12.654
Sud América	5.448	1.198.343
Unión Comerciantes	15.824	278.938
Universal, La	-.-	-.-
Total de la Capital Federal	1.538.993	20.664.791

Reaseguros

	<u>Activos</u>	<u>Pasivos</u>
<u>Sociedades Anónimas del Interior</u>		
Aseguradora Río de la Plata(1)	..-	12.315
Chaco Argentino	35.558	1.375.267
Primera, La	39.708	1.131.429
Rosario, La	157.629	566.320
Unión Graniel, La	39.218	1.064.121
Total del Interior	398.110	4.149.652
Total Compañías Nacionales	1.931.103	24.814.443
<u>Sucursales y Agencias de Sociedades Extranjeras</u>		
Compagnie d'Assurances Gen. sur la Vie(2)	..-	145.664
Equitable Life (1)	..-	..-
Grasham Life (2)	..-	63.495
Norwich Union Life (2)	..-	74.839
Royal Insurance (1)	..-	4.028
Standard Life (1)	..-	..-
Sun Life of Canada (1)	..-	178.334
Total Compañías Extranjeras	..-	466.360
<u>Sociedades Cooperativas</u>		
Protección, La	..-	414.581
Total Cooperativas	..-	414.581
TOTAL GENERAL	1.931.103	25.695.604

Importes pagados por siniestros y seguros vencidos. Resultado anual del Balance 1952.

	<u>Por Muerte</u>	<u>Por invalidez por doble indemnización y liberación de pago de primas</u>	<u>Pólizas vencidas</u>
<u>Sociedades Anón. de la Cap Fed.</u>			
Aconcagua	..-	..-	..-
Agrícola, La	402.433	5.850	18.000
Anglo Argentina, La	94.820	2.400	56.383
Buenos Aires, La	173.432	7.590	174.596
Cílope	52.932	..-	..-
Columbia	72.030	536	103.976
Comerois, El	300.121	..-	1.029.743
Compañía Aseg. Argentina.	4.601	661	3.625
Cóndor, El	13.224	..-	..-

	<u>Por</u> <u>muerte</u>	<u>Por invalidez, por</u> <u>accidente indemniza-</u> <u>ción y liberación</u> <u>de pago de primas</u>	<u>Pólizas</u> <u>Vencidas</u>
Continental, La	1.057.495	109.218	1.735.693
Crus del Sur, La	94.533	900	--
Economía Comercial, La	118.740	8.518	963.917
Equitativa del Plata, La	320.426	78.482	235.887
Metrala, La	18.116	2.589	50.000
Franco Argentina, La	1.229.987	200.219	967.184
Holanda Sudamericana, La	51.919	--	--
Inmobiliaria, La	885.875	41.878	261.727
Instituto Italo Argentino	194.481	22.961	49.235
Providencia	58.853	5.340	--
Rural, La	227.475	--	149.262
Sol Argentino, S(1)	539	--	10.000
Sud América	6.369.441	421.450	2.869.784
Unión Comercial de los	13.920	4.500	30.100
Universal, La	--	--	--
Total de la Capital Fed.	13.057.429	957.030	8.839.292
<u>Sociedades Anónimas del Int.</u>			
Aseg. de la Plata(1)	9.784	--	--
Chaco Argentino	114.989	--	--
Primera, La	591.441	8.532	217.670
Rosario, La	660.575	51.360	323.178
Unión Graciel, La	95.595	26.492	115.380
Total del Interior	1.272.324	84.384	656.228
Total Compañías Nacionales	14.329.753	1.073.414	9.495.520
<u>Recursales y Agencias de Socie-</u> <u>dades Extranjeras</u>			
Compagnie D'Assurance Gen. Par			
La Vie (2)	51.138	7.894	22.656
Equitable Life(1)	55.458	--	--
Gresham Life (2)	138.182	--	143.627
Norwich Union Life (2)	585.982	--	516.493
Royal Insurance (1)	188.435	--	181.590
Standard Life (1)	11.100	--	10.479
Sun Life of Canada(1)	1,554.515	53,929	5,532.701
Total Compañías Extranjeras	2.395,638	28,625	6.407,554
<u>Sociedades Cooperativas</u>			
Protección, La	10.000	--	--
Total Cooperativas	10.000	--	--
TOTAL GENERAL	16,735,642	1,102,037	15,903,074

Utilidad e
ReservaSociedades Anónimas de la Capital Federal

Aeconagun	72.112
Agrícola, La	117.468
Anglo Argentina, La	88.060
Buenos Aires, La	614.984
Cíclope	14.643
Columbia	131.686
Comercio, El	7.847
Compañía Aseguradora Argentina	55.425
Cóndor, El	94.614
Continental, La	233.898
Cruz del Sur, La	55.657
Economía Comercial, La	90.558
Equitativa del Plata, La	45.930
Estrella, La	80.143
Francos Argentina, La	223.566
Holandia Sudamericana, La	18.552
Inmobiliaria, La	315.694
Instituto Italo Argentino	25.423
Providencia	38.328
Rural, La	38.328
Del Argentine, El (1)	2.926
Sud América	1.151.076
Unión Comerciantes	21.130
Universal, La	329
Total de la Capital Federal	665.734

Sociedades Anónimas del Interior

Aseguradora Río de la Plata (1)	1.188
Chaco Argentino	486.307
Prisera, La	29.316
Rosario, La	100.248
Unión Oriental, La	80.425
Total del Interior	275.328
Total Compañías Nacionales	388.406

Recursales y Agencias de Sociedades
Extranjeras

Compagnie D'Assurances Gen. Sur la Vie(2)	230.530
Equitable Life(1)	6.875
Gresham Life(2)	191.274
Norwich Unión Life(2)	678.285
Royal Insurance (1)	89.489
Standard Life (1)	9.680
San Life of Canada (1)	724.157
Total compañías Extranjeras	466.206

	<u>Utilidad o Pérdida</u>
<u>Sociedades Cooperativas</u>	
Protección, La	41.070
Total Cooperativas	41.070
 TOTAL GENERAL	 118.670

- (1) Datos correspondientes al año 1951.
- (2) Datos correspondientes al año 1950.
- (3) Incluye reaseguros activos.
- (4) Incluye doble indemnización, rentas de invalidez y liberación de pago de primas

2.- Régimen a cargo del Estado.-

La intervención del Estado en materia de seguros en nuestro país, se limitaba, con anterioridad al año 1948 a la simple fiscalización de las entidades ^{ALIANZAS} privadas que operaban en ese ramo de la provisión. Este controlador estatal no alcanzó verdadera eficiencia hasta el año 1929, en que se creó la Superintendencia de Seguros como organismo facultado con atribuciones específicas de fiscalización sobre la organización, el funcionamiento, la solvencia y la liquidación de las entidades de seguros. Esta intervención se ejerce desde entonces en todo lo concerniente a su régimen económico y especialmente respecto a planes de seguros, tarifas, modelos de contratos, balances, actividades y conducta de los agentes o intermediarios, y publicidad.

En cuanto al aspecto jurídico y legal de las empresas, la Inspección General de Justicia entendía en todo lo relacionado con sus estatutos, asambleas, accionistas y de

más actividades propias de su función específica.

Pero si observamos los objetivos señalados a dichas dependencias oficiales, advertiremos que su acción que daba circunscripción a las funciones de inspección y control, no elevándose por entonces la intervención del Estado al fomento y difusión del seguro como previsión para la sociedad en general. Esta misión de verdadera trascendencia se comenzó a desarrollar cuando en 1945 la Caja Nacional de Ahorro Postal, mediante el decreto N° 24.060, fué autorizada para realizar el servicio de seguros de tipo mutual en todo el territorio de la República. Especialmente los planes que la Caja comenzó a desarrollar fueron los de seguros de vida combinados con el ahorro de sus depositantes, los seguros colectivos de empleados y obreros del comercio, de la industria y del Estado, y otros planes de que ~~se han recuperado~~ más adelante y que crearon y difundieron ~~prácticamente~~ estos hábitos previsionales entre las clases modestas del país. Así se superaban también las posibilidades de hecho más limitadas, para extender los beneficios del seguro de vida a los sectores más los menos pudientes.

Al año 1946 corresponde otra importante creación tendiente a encauzar la política aseguradora para revertir a las fuentes del país, en la medida que lo permitiera la capacidad del mercado asegurador argentino, el rendimiento de la actividad del seguro sobre personas, productos y bienes vinculados a la economía. Para servir tales propósitos el decreto N° 12.545 del año 1946, ratificado por la ley N° 12.988, creó el Instituto Mixto Argentino de Reaseguros, con adándole el monopolio para operar en reaseguros y la dirección de la actividad del seguro en todo lo relativo a la ab

servición del seguro indirecto.

El régimen legal del Instituto fué ordenado por el decreto reglamentario N° 36.324 del 19 de noviembre de 1947. Se establecieron como objetivos de la institución los siguientes: procurar una racional economía del seguro; crear una verdadera plaza o centro de seguros en el país; retrovertir a fuentes argentinas el rendimiento de la actividad del seguro, cada día mayor por consecuencia de su incesante progreso, económico y cultural en la medida que lo permita el comercio asegurador; propender al aumento de las fuentes de rentabilidad del estado, y evitar entre las compañías nacionales una perjudicial competencia.

Por ley sancionada el 25 de septiembre de 1952 la entidad ha quedado convertida en un organismo exclusivo del Estado, con la denominación de Instituto Nacional de Recargos.

El 1° de septiembre de 1957 marca una fecha importantísima para la provisión social en la Argentina, pues a partir de esa fecha, por ley 13.002 se estableció un seguro de vida colectivo y obligatorio para todo el personal al servicio del Estado, incluso el de las fuerzas armadas.

La ley 14.003, promulgada en 1950, introdujo en la anterior las modificaciones aconsejadas por la experiencia a fin de perfeccionar el régimen de seguro.

Todas estas instituciones responden pues, a la nueva política en materia de economía social puesta en práctica por las autoridades de la Nación con un suave planteo del problema y en busca de soluciones accesibles para la población en general del país, a fin de que ella participe ampliamente en tal régimen de provisión.

El Estado, organizando y atendiendo dicho servicio, ha puesto en práctica el derecho de los individuos a la seguridad social, y ha evidenciado, por otra parte, la conveniencia de que sea él mismo el ente asegurador de sus propios empleados.

La Caja Nacional de Ahorro Postal como organismo asegurador.- Los seguros sociales tienen una característica común que es la de cubrir riesgos conexos con la actividad laboral del asegurado. Esta finalidad tiende a proporcionar al trabajador o a su familia un sustitutivo del salario cuando por causas independientes de su voluntad no pueda ganarlo.

A partir de 1945, la Caja Nacional de Ahorro Postal quedó facultada para obrar en seguros, y en tal carácter fue la institución llamada a llenar el vacío que hasta entonces existía en materia de seguros sociales.

La intervención del Estado en la difusión y colocación de esos seguros se imponía, entre otras, por las siguientes razones fundamentales:

- a) La excelencia indiscutida del seguro como medio de previsión.
- b) La necesidad de extenderlo a todos los medios sociales: entre obreros, empleados, profesionales, comerciantes, industriales, etc.
- c) La neutralidad del costo de los seguros a cargo del Estado por la ausencia de lucro que permite la obtención de primas reducidas.

Reestructurada la carta orgánica de la Caja Nacional de Ahorro Postal en 1945, el nuevo estatuto legal le permitió ampliar su esfera de acción con el establecimiento

de seguros de tipo mutual, que inmediatamente encontraron eco propicio en el pueblo. Iniciadas las nuevas operaciones de seguros en 1948, este tipo de previsión se impuso simpáticamente desde la primera hora, por cuanto ofreció un medio sencillo y completo, a las clases laboriosas y modestas de la sociedad, de prevenir el desamparo sobreviniente a un fallecimiento.

Se expresó como fundamento de las nuevas disposiciones-establecidas por el decreto-ley N° 1.081 del 15 de enero de 1945- que el Estado debía preponderar a la formación de una conciencia previasora en todas las medidas sociales, fomentar el desarrollo de la economía popular y devolver a los depositantes el fruto de sus mismos ahorros, bajo la forma de operaciones y servicios-entre ellos el de seguros-que redundaran en provecho del bienestar general.

Luego, el Poder Ejecutivo, al fundar el decreto reglamentario del servicio, (N° 24.060, del 5 de octubre de 1945), consideró que, al combinar el ahorro con el seguro, la Caja completaba su importante función previasora, teniendo a impedir que los esfuerzos de sus depositantes para la formación de un fondo de reserva se vieran frustrados por la muerte o la invalidez.

Inspirada por tales finalidades, la Caja comenzó el desarrollo de sus planes de seguros con la ventaja de no tener propósitos lucrativos ni de competencia frente a la actividad privada en el ramo, sino, según hemos visto, con las miras puestas en la elevación del nivel material y moral del pueblo, mediante el estímulo de las virtudes de la previsión y la solidaridad.

Una reseña de la actividad desarrollada hasta el presente por la Caja Nacional de Ahorro Postal en esta

teria de seguros, ilustrará sobre la magnitud de su obra en menos de una década.

1°.-Seguros privados, facultativos.

Dentro de este grupo, realiza los planes de seguros individuales y colectivos siguientes: a) ahorro y seguro; b) integral, y c) colectivos, para empleados y obreros de empresas, contratados mediante pólizas colectivas o por disposiciones expresas insertas en los convenios de trabajo formalizados con intervención del Ministerio de Trabajo y Previsión.

a) Plan Ahorro y Seguro. - Se trata en este plan de una combinación del ahorro postal con el seguro de vida, cuyas primas se abonan automáticamente con los intereses producidos por los depósitos del asegurado, sin que por ello quede afectada la libre disponibilidad de los fondos.

El capital asegurado varía entre un mínimo de 50 pesos y un máximo de 10,000, de acuerdo con el monto de los intereses que pueden aplicarse al pago de las primas. En ciertos casos se puede completar, mediante un ingreso en efectivo, el pago de las primas.

Otras condiciones liberales del plan "Ahorro y Seguro" son las de no requerir examen médico y la de gozar el asegurado del derecho de participar en el 50 % de las utilidades de cada ejercicio.

b) Plan de Ahorro y Seguro de vida "Integral" Es un plan de seguro de tipo vital. Facilita la formación de un capital en un plazo determinado -10, 15, 20, 25 o 30 años- mediante el ahorro sistemático. La Caja garantiza a los beneficiarios instituidos por el ahorrista, en caso de que éste fallezca antes del cumplimiento del período establecido, el capital íntegro que se suponía reunir.

El capital máximo asegurable es de 40.000 pesos, y el mínimo es el que resulta de aplicar una prima de 5 pesos mensuales. Cuando el capital asegurado no excede de 10.000 pesos, no se requiere examen médico.

Este seguro de vida integral, permite mediante el pago de las contribuciones correspondientes optar por alguno de estos beneficios adicionales:

1) Doble indemnización en caso de muerte producida por accidente o indemnización adicional si el accidente produjera la pérdida parcial de algún miembro.

2) Exención del pago de las primas futuras si sobreviniese al asegurado una incapacidad total y permanente.

3) Renta mensual en caso de incapacidad absoluta.

4) Seguro colectivo, su finalidad es la de amparar en forma conjunta a los empleados u obreros de un mismo establecimiento, o a un grupo de personas vinculadas entre sí por pertenecer a una misma entidad.

Este plan, que se halla difundido entre numerosas empresas industriales, comerciales y bancarias, asociaciones civiles, mutualidades, grandes y entidades diversas, cubre los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente para el trabajo. No se fija límite alguno de edad para el ingreso al seguro, ni se requiere examen médico.

De las utilidades anuales, el 25 % por lo menos se distribuye entre los asegurados.

Por sus características especiales, este seguro constituye un eficaz complemento de las leyes jubilatorias, al brindar un medio de protección a la familia de quienes fallecen antes de contar con una antigüedad suficiente para gozar de los beneficios de una pensión o un subsidio.

El capital individual asegurado puede ser una suma fija y uniforme, o bien se lo determina según una escala en relación con el sueldo que se perciba.

En caso de muerte, el importe del seguro es abonado al beneficiario instituido por el asegurado, o en su defecto, como bien ganancial, a los derecho-habientes de las mismas.

Si el asegurado sufre antes de cumplir los 65 años de edad una incapacidad total y permanente que lo obligare a abandonar su empleo impidiéndole además ejercer otra actividad remunerada, tendrá derecho a recibir el importe del seguro en sesenta cuotas mensuales iguales de 15 pesos por cada mil pesos de capital asegurado.

El pago de la renta cesa si desaparece la incapacidad, y el seguro, en caso de rehabilitarse, queda reducido al importe de las cuotas impagas descontadas al interés respectivo.

En caso de fallecimiento del incapacitado durante el período de pago de las cuotas, la Caja abona al beneficiario o, en su defecto, a los herederos legales, en una sola suma, el importe de las cuotas impagas descontadas según el interés que correspondía.

El asegurado que se jubila o deje de estar al servicio de la entidad donde se incorporó al seguro colectivo, podrá continuar en el mismo abonando la misma prima que rija para la póliza del principal.

Si el referido asegurado no hace uso de la opción precedente podrá solicitar a la Caja un seguro individual, sin requisitos médicos, en cualquiera de los planes

que la misma tenga en vigor, por un capital que no exceda el de su póliza anterior de seguro colectivo.

Durante el tiempo que el asegurado cumpla el servicio militar en tiempo de paz, continuará en el seguro, correspondiéndole pagar las primas respectivas.

Este seguro colectivo para empleados y obreros, se emite con la garantía del Estado.

Para el empleador, este seguro significa las siguientes ventajas:

Le proporciona los recursos adecuados para atender al empleado que resulta incapacitado para el trabajo.

Si el empleador corre con el pago de las primas, puede aplicar el importe del seguro a las indemnizaciones por accidente derivadas de la ley N° 11.729.

El seguro colectivo complementa además las previsiones de la ley 9.685 sobre accidentes del trabajo.

Las personas que trabajan para la entidad, en carácter de principal, pueden incorporarse al seguro de vida colectivo en las mismas condiciones requeridas para el personal.

Las ventajas que el seguro colectivo reporta para el empleado son, entre otras y ocasionadas, las siguientes:

proporciona un seguro a su familia, en caso de muerte, e un recurso compensatorio, en caso de incapacidad para el trabajo.

El seguro está exento de restricciones respecto a viajes, residencias y ocupación de los asegurados.

El seguro es un bien inembargable, y no está sujeto al pago de impuestos a la herencia ni origina gastos sucesorios.

2°.-Seguros oficiales, obligatorios (Leyes 13.003 y 14.003)

a) El seguro de vida colectivo y obligatorio del personal del Estado, a cargo de la Caja Nacional de Ahorro Postal (Leyes 13.003 y 14.003) comprende a todo el personal de la Administración Nacional, inclusive el de las Fuerzas Armadas, y en forma optativa a los legisladores y los jueces.

El personal de las administraciones provinciales ha podido también incorporarse al régimen en virtud de la facultad concedida, por la ley 14.003. Al respecto, cabe hacer notar que, en virtud de la reforma introducida por esta misma ley, la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, las provincias, las municipalidades provinciales y las sociedades de economía mixta, pueden incorporarse a este régimen o convertir sus seguros vigentes al del orden nacional.

Nueve provincias han establecido ya el seguro de vida colectivo y obligatorio para el personal de sus respectivas administraciones, incorporándose al de las leyes número 13.003 y 14.003. Se halla en vías de consumarse la incorporación de las restantes provincias, de manera que el personal de todas las administraciones provinciales se espera forme pronto un sólo grupo de asegurables dentro del mencionado régimen nacional.

La ley 13.003 fue sancionada el 23 de agosto de 1947 y entró en vigor el 3° de septiembre del mismo año. En 1950 se le introdujeron varias modificaciones aconsejadas por la experiencia, en virtud de la ley 14.003, promulgada el 13 de octubre. Finalmente el decreto N° 11.006, del 15 de junio de 1951, tiene el carácter de texto ordenado y reglamentario del seguro de vida del personal del Estado.

Una exposición de los principios esenciales del seguro oficial obligatorio dará idea de los beneficios sociales que proporciona.

Los riesgos que cubre este régimen son dos : muerte e incapacidad total y permanente para el trabajo. En este seguro se diferencia el capital obligatorio de los capitales adicionales. El primero, que según la ley 13.003 era de 4.000 pesos, fué elevado a 6.000 en virtud de la reforma introducida por la ley 14.003, la cual establece que, por vía de reglamentación, puede alcanzar hasta 12.000 pesos.

Los capitales adicionales son optativos, y el límite primitivo de 4.000 pesos puede ser elevado por el asegurado hasta 12.000 pesos, conforme a una escala que varía según el sueldo del empleado.

La prima de este seguro es uniforme, está a cargo del asegurado y del Estado, y se paga en forma anual, por adelantado. Ha sido fijada en 1 peso mensual por cada 1.000 pesos de capital asegurado.

El asegurado contribuye al pago de la prima del capital obligatorio con el 2 % de su sueldo básico, aparte que no superará en ningún caso a la prima total anual del seguro obligatorio (72 pesos anuales) ni dará lugar a ajustes por variación del sueldo de los agentes durante el año.

La diferencia, si existiera, entre el importe de la prima del seguro obligatorio y lo aportado por el agente, por este concepto, está a cargo del Estado.

El pago de la prima correspondiente al capital adicional se halla a cargo, íntegramente, del asegurado.

Cuando el agente deja de pertenecer a la Administración pública, la prima queda exclusivamente a su cargo.

El asegurado instituye por su sola voluntad al beneficiario del seguro.

A falta de designación o por muerte del beneficiario,

ciarla antes que el asegurado, el capital garantizado se entregará a los herederos de éste, conserá fuera bien general, en el orden y proporción que establece el Código Civil.

Los menores de edad gozan de ciertas facilidades para percibir el seguro, que atenden al vigor de la ley común, a fin de que puedan entrar rápidamente en posesión de los fondos.

En el caso de que se hubiesen instituido varios beneficiarios y algunos de éstos fallecieran antes que el asegurado, el seguro se pagará a los beneficiarios sobrevivientes, salvo que cada uno tuviere asegurada solamente una parte. En este último supuesto las porciones vacantes corresponderán a los herederos del asegurado.

Cuando la designación se hubiese efectuado disyuntivamente, el pago del seguro se realizará con intervención de todos los beneficiarios, y en caso de disconformidad, se designará judicialmente el interesado respectivo.

La nulidad del seguro se opera con respecto al autor o cómplice en la muerte del asegurado si elle aconteciere por efecto de un crimen.

El beneficio por incapacidad corresponde al asegurado que se encuentre al servicio del Estado y sufra una incapacidad total y permanente para el trabajo.

Este beneficio consiste en una renta de \$5 por cada 1,000 \$ de capital asegurado, durante 60 meses. El importe de dicha renta no podrá exceder del sueldo básico.

Mientras el asegurado perciba la renta por incapacidad, queda exceptuado del pago de las primas.

Otra característica especial de este régimen de seguros es la de destinar el 70 % de los excedentes al tesoro nacional, lo cual es equitativo, por cuanto el Estado contribu-

ye con un importante aporte al pago de las primas. A su vez, el Estado reintegrará anualmente a la Caja el importe del déficit que eventualmente pudiere producir el seguro.

La Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires las provincias y sus respectivos municipios, las municipalidades y comisiones de Fomento de los territorios nacionales y las sociedades de economía mixta, que se incorporen a este régimen, participarán de los excedentes totales y financiarán los eventuales quebrantos anuales del seguro en la proporción de sus aportes de primas.

Finalmente, cabe destacar que la ley 14.003 contiene una revisora disposición por la cual el Poder Ejecutivo queda facultado para extender este seguro obligatorio de vida al personal de las actividades civiles, comerciales y afines. Con ello se dió estado legal a un anhelo reiteradamente manifestado al celebrarse ante el Ministerio de Trabajo y Previsión los convenios colectivos de trabajo, con el objeto de que en éstos se dispusiera la concertación obligatoria del servicio de seguro de ^{AVI} ~~VIA~~ obligatorio a cargo de la Caja Nacional de Ahorro Postal.

Con la aplicación y difusión de estos seguros la Caja contribuyó eficazmente a la formación de una conciencia pública sobre la previsión social. Índice de ello es el total de 1.100.000 asegurados, y por importes que en conjunto superan los 6.800 millones de pesos de capitales asegurados, en tanto los beneficios acordados exceden de 120.000.000 de pesos. La obra desarrollada en esta primera etapa que no alcanza a una década, es altamente promisorio y evidencia eloquentemente todo lo que el Estado ha hecho y puede hacer para la protección de las clases trabajadoras.

Trascendencia de la Ley 15.003

Si se examinan las proyecciones de esta ley en las esferas de lo jurídico, lo social y lo económico, se advierte que ya ha ejercido y está destinada a seguir ejerciendo una positiva influencia.

En primer término, y atento a su significado jurídico, constituye una interesante innovación en el ámbito del Derecho. El seguro no es aquí un contrato entre el asegurador y el asegurado, sino una función pública que el Estado impone y ejerce para proteger los intereses generales, ante cuya razón superior cede siempre cualquier interés individual, que en este caso tampoco puede estar en pugna con una disposición que, nunca coactiva, beneficia a todos.

En sus proyecciones fundamentales, encierra la ley un contenido social y humano. Protege a la familia, célula fundamental de la sociedad, contra los efectos de la imprevisión o de la carencia de recursos para obtener un seguro de vida de los corrientes en la esfera de la actividad privada, sujetos a primas y exámenes médicos rigurosos, no accesibles a todos los interesados.

Como expresión de solidaridad, la ley fertiliza la virtud de la ayuda mutua, en forma palpable, al reunir los recursos de todos para concurrir al socorro común, dando solución a situaciones apremiantes que el ahorro por sí sólo no podría resolver en buen número de casos.

En el aspecto económico, como forma evolucionada del ahorro, este tipo de seguro colectivo es un factor constitutivo de riqueza, que retribuye luego sus bienes, multiplicados, sobre los miembros de labor que han contribuido con una parte ínfima del fruto de su trabajo para el mantenimiento de una institución de beneficio general.

3.- Organización de las empresas de seguros.-

Así como en las entidades industriales y comerciales es de vital importancia su adecuada planificación orgánica-que, conjuntamente con la determinación y el control de costos, constituye un elemento esencial para el éxito - una entidad de seguros debe contar, por igual motivo, con una estructura y organización funcional proyectada según un criterio, más se quiere científico, para lograr los fines calculados.

Para obtener buenos productos, bajos costos y ventas remuneradoras en una empresa industrial, ya nadie discute que deba planificarse la fábrica, establecerse sistemas técnicos de control, lograrse el máximo aprovechamiento de los hombres conforme a sus aptitudes y competencia y fijarse un adecuado régimen de utilización de materiales; como así también, por otra parte, para obtener éxito en las ventas, es necesario organizar la empresa mediante sistemas, seguros que permitan ganar fácilmente la plaza. En seguros, si bien la entidad requiere una organización y estructura distinta, busca iguales propósitos y resultados. Una empresa de seguros de vida, por ejemplo, debe establecer planes de interés para el público conforme a sus necesidades y posibilidades, a primas que sean lo más reducidas posible, para que éstas no graviten en forma ostensible, por su cuantía, sobre los asegurables, y cuya colocación se hará mediante una organización inteligentemente proyectada, conforme a las características sociales y de previsión que encierra el referido servicio.

Todas las ramas de la actividad, según se ha dicho, han pasado del estado de empirismo al técnico-científico, a medida que han progresado y evolucionado. El seguro, si bien ha salido del empirismo, no ha llegado al estado técnico-científico deseado.

La preocupación de las entidades de seguros en general, ha sido la producción, dándose poca importancia a la organización técnica, administrativa y contable. No por ello podemos decir que la organización de la producción ha ya alcanzado un alto nivel técnico depurado. Ha sucedido todo lo contrario. En general, las empresas privadas se han establecido sobre cimientos endeblados, constituidas por hombres sin escrúpulos, guiados por el propósito de obtener gran producción sin reparar en los medios y métodos empleados. Es así, que en lugar de ser el agente de seguros, como en algunos países, un consejero de asegurables, es visto en nuestro país como persona muy poco grata, con quien el público trata de evitar todo encuentro, por considerarlo un corredor más que trata de hacer una operación para obtener una comisión lucrativa.

En cuanto a la faz técnica, los planes que se colocan son, en general, copia fiel unos de otros, los que a su vez tienen su origen en modelos extranjeros. No ha existido preocupación constante para crear nuevos planes de acuerdo con las necesidades de la población, ni tampoco el interés de mejorar y ampliar los beneficios de los existentes. Sólo en éstos últimos tiempos, merced a la intervención de la Superintendencia de Seguros, se ha logrado un sensible adelanto en este aspecto.

Se infiere de ello que una empresa de seguros, más que ninguna otra entidad económica, debe contar con una organización técnicamente planificada para lograr prosperidad y cumplir sus funciones. Debe poseer una estructura tal que pueda obtener el máximo aprovechamiento de los hombres, ya que el elemento humano en una entidad de seguros, ya sea por sus conocimientos técnicos o profesionales o por

su especialización y experiencia, representa un factor de importancia vital.

Por consiguiente, al proyectársela debe tenerse en cuenta el factor humano de que podrá disponerse. De nada valdría establecer una organización, si luego no se contara con las cabezas directivas y las especializadas que se requirieran para los sectores más importantes de la organización planeada.

Es indudable que para proyectar una organización deben ser tenidos en cuenta el volumen y las proyecciones que ha de alcanzar o puede alcanzar a corto plazo, la empresa. No puede su estructura ser ni muy pequeña ni muy grande. Debe estar en relación con las posibilidades y dimensiones lógicas que puede alcanzar según las perspectivas calculadas.

Si se establece una organización pequeña, ello puede afijar su mecanismo por falta de división del trabajo y de funciones. Si es demasiado grande, se dilata su mecanismo, y la excesiva división del trabajo trae aparejada el desaprovechamiento de los hombres y de las ideas útiles.

La organización departamental es la que más se ajusta a las necesidades de una empresa de seguros, ya que permite una adecuada división del trabajo, de acuerdo con la especialidad, tanto de las tareas, como de los hombres que necesita.

El diagrama que insertamos más adelante muestra una estructura tipo para una organización de seguros de vida. Ha sido diseñada para señalar las dependencias principales correspondientes a una entidad de ese género, y la coordinación que debe existir entre ellas para el cumplimiento de su cometido. Asimismo, se determinan el orden jerárquico y la

relación que debe existir en ella, satisfaciéndose a través de su estructura los distintos sectores vitales indicadores por sí mismos de las funciones que cumplen dentro de la entidad y de la responsabilidad que les corresponde.

Al examinamos someramente al diagrama proyectado, vemos que su estructura obedeció a un criterio técnico funcional.

Como puede observarse, la autoridad máxima de la organización está constituida por un Consejo de Administración o Directorio - a definirse según la naturaleza de la entidad, privada u oficial - juntamente con una Gerencia General, como órgano ejecutivo y consejero de aquél.

La Gerencia General debe contar a su vez, para la dirección y ejecución de sus funciones, con varias gerencias que constituyen otros tantos sectores bien definidos a manera de pilares sobre los cuales reposa la organización proyectada. Sus gerentes serán, ^{Asesores} ~~Asesores~~, los asesores técnicos y especializados con que contará la Gerencia General para el estudio de los asuntos de importancia y la consideración de los problemas que habrá de someter al Directorio y de los entes con quienes acordará métodos y planes de labor, como así mismo lo referente a la orientación que debe imprimirse a la entidad.

A cada Gerencia corresponde una de estas funciones bien definidas e independientes: Producción, Técnica, Contable y Administrativa. No significa ello que debe existir aislamiento o desentendimiento entre los sectores; todo lo contrario: debe haber una interdependencia y relación permanente, ya que la propuesta está planificada para establecer una adecuada división del trabajo, facilitar la especialización, delimitar responsabilidades y lograr así, en labor coordinada, los beneficios que se buscan con una organización

bien proyectada.

La Gerencia de Operaciones comprende todos los aspectos de la producción. Sabido es que, en seguros, especialmente en el ramo de vida, se requiere un amplio programa de difusión y propaganda para que, unido a la gestión personal, pueda lograrse éxito. Es por ello, que se han vinculado en una misma línea-dependiente de dicha gerencia, que es la encargada de orientar y dirigir la producción- los departamentos de Publicidad y Propaganda y de Emisión de Seguros, para explicarlos en forma coordinada y eficiente.

Surprenderá posiblemente que en este sector se encuentre el Departamento de emisión de seguros, pero ello responde a la necesidad de que esté al servicio de la producción, para que la emisión de pólizas no caiga demora, con la consiguiente pérdida de esfuerzos, por los dilatados trámites administrativos. Emitida la póliza ²⁴¹²⁶³¹² ~~de~~ ^{los} elementos necesarios para que entre en vigor, pasará ya a la rama o sector contable para el trámite y registros ulteriores.

La gerencia técnica ha de ocuparse principalmente de la elaboración y estudio de los seguros que se emiten o se proyectan; del estudio y aplicación de reaseguros, como así también de la verificación y determinación de los cálculos actuariales que requieran los seguros. Forma parte de esta Gerencia el Departamento Médico, que tendrá a su cargo la atención de todas las necesidades de este orden, como así también la dirección y organización del cuerpo de facultativos con que debe contar una entidad de seguros de vida.

La Contaduría General, a cuyo frente actuará un Contador General, tendrá a su cargo la contabilidad principal y analítica, con las funciones específicas que le correspondan.

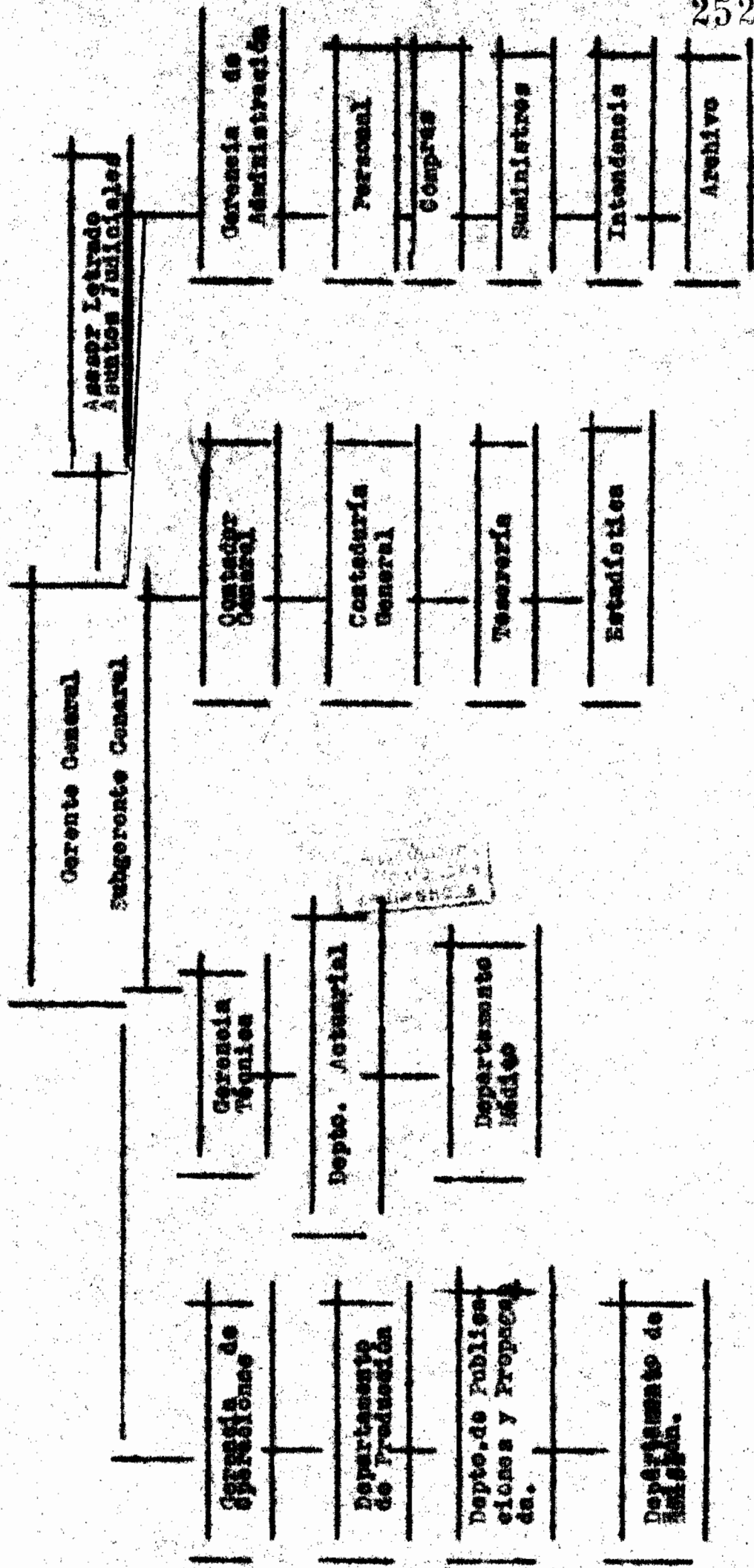
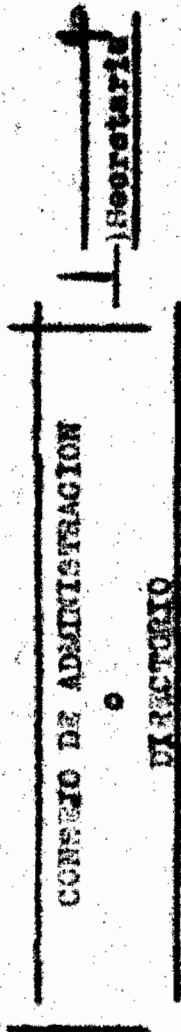
Completar las gerencias, la de Administración, que atenderá en todos los aspectos internos de la entidad, relacionados con el personal, elementos y materiales de trabajo necesarios para la explotación y tareas administrativas y velará por una oportuna distribución y utilización.

De suprimir la entidad aseguradora otros riesgos, además del de vida, sólo haría falta adicionar los departamentos o secciones en la estructura proyectada, según fuere la importancia de los mismos y las características y naturaleza de los seguros que se exploten.

Todo plan de organización debe, al proyectarse y ponerse en ejecución, especificar en forma bien definida las funciones y atribuciones que incumben a los directores o funcionarios, como ^{asignación} ~~atribución~~ a las dependencias creadas. De esta manera, sus encargados o responsables no puedan en la incertidumbre y puedan, a su vez, organizar sus planes de labor en forma precisa, concordante con las funciones que tienen asignadas dentro del engranaje de la empresa, coordinar su labor y fijar el ritmo e imprimirse dentro del mecanismo general de la ejecución.

Por ello, si bien el diagrama es una representación gráfica que ilustra sintéticamente sobre la organización de la entidad, ésta debe complementarse con una reglamentación de los deberes y atribuciones correspondientes a los funcionarios y a las dependencias.

Estructura de una entidad aseguradora



4.- La colocación del seguro de vida.

La colocación y difusión del seguro están a cargo de personas e las que se da distinta denominación según la función que cumplen dentro de las entidades aseguradoras: así se les llama productores, corredores, agentes y gestores de producción.

Dentro de este grupo de profesionales, el colocador de seguros de vida es una especialización, ya que, como es fácil prever, no es lo mismo ofrecer seguros de vida que dedicarse a otros riesgos, como los marítimos, los de incendio, de automóviles, etc.

La profesión del agente o productor de seguros implica la posesión de una técnica y una ética. Tal actividad, rectamente ejercida, ha de sustentarse en cierto dominio de los principios básicos del seguro, y en una conciencia moral de los deberes para con el asegurado, la empresa y la sociedad.

Función social del productor de seguros de vida. El productor de seguros, sea que actúe para una empresa privada, o como agente del Estado, debe estar comprometido de la función social que le toca desempeñar. Deberá llevar a los asegurables al conocimiento respecto de las ventajas y beneficios que proporcionará el seguro de vida, sea que se lo examine desde el punto de vista individual o del colectivo.

Es pues, una institución de interés nacional y de carácter económico-social, que cuando resuelve un siniestro determinado, no resuelve simplemente un caso particular, sino que satisface necesidades de la sociedad, porque el daño que sufre un individuo repercute sobre la colectividad de que forma parte.

Por lo tanto, el agente de seguros, que debe ser un hombre ilustrado y discreto, irá efectuando, con su acción persuasiva, una siembra de ideas y fermentos útiles para la mejor convivencia social.

Al incitar al individuo a crearse una norma metódica de vida mediante el seguro, que es una forma evolucionada del ahorro, lo habituará a discriminar entre los gastos necesarios y los superfluos, consolidando así la economía privada, que influye positivamente sobre la economía pública.

En la difusión de los seguros de vida colectivos los productores tienen una excelente ocasión para ensalzar la virtud de la mutualidad en que aquéllos están basados.

El apoyo mutuo es el vínculo poderoso que nos une en el seno de la sociedad, haciéndonos participar fraternalmente de los riesgos y los fatigos de la existencia. "Todos para uno y uno para todos" es el concepto que sintetiza esta solidaridad.

Exaltamiento de la profesión.- Los productores cumplen una función útil, por lo cual se los debe reconocer como factores imprescindibles en la actualidad para la difusión del seguro de vida, cuyo método esencial es de la persuasión de los asegurables, pues ésta todavía la época en que sea el asegurado el elemento activo, o sea el que busque el seguro en la entidad.

Espero, la acción de fomento por parte del Estado, desarrollada mediante una de sus instituciones, la Caja Nacional de Ahorro Postal, y el alto nivel de altura alcanzado por el pueblo, han modificado el concepto que se tenía entre el vulgo sobre el seguro de vida, considerado ahora como

una necesidad, conforme lo corroboran ampliamente el monto de capitales asegurados y el número de personas amparadas y pontáneamente por los seguros en la Caja mencionada.

Es por ello que debemos entrar en una nueva etapa respecto al régimen de trabajo y retribuciones del productor de seguros de vida. Actualmente, la forma en que desarrollan sus actividades y las retribuciones de que gozan, los inclinan a guiarse esencialmente por el propósito de obtener el máximo beneficio personal con un mínimo de operaciones. Así las comisiones que abonan las compañías llegan en forma directa o indirecta a alcanzar hasta el 150% de una prima anual, lo que es una exorbitancia. Esto incide gravemente sobre el precio del seguro de vida, que de esta manera resulta a un alto costo.

El régimen actual de comisiones que abonan las empresas privadas permite al intermediario obtener una considerable remuneración anual con sólo efectuar dos o tres operaciones al mes. La difusión del seguro de vida tiene en esta causa un motivo contrario a su popularización, que encuentra otro factor negativo en su precio elevado.

Se justifica, por lo tanto, la necesidad de un ajuste de esas comisiones, en virtud de las mayores posibilidades con que cuenta ahora el intermediario ante las facilidades que le ofrece la población. El porcentaje de las retribuciones debe ajustarse en una forma tal que sea necesario realizar más operaciones para llegar a obtener una ganancia que mantenga el decoro de la profesión, y cumplan los corredores de seguros una función útil en la sociedad, sin gravitar excesivamente sobre el costo del seguro de vida.

Esta progresista reforma ha sido ya experimentada con todo éxito por la Caja Nacional de Ahorro Postal en su sistema de retribución a los gestores que difunden sus seguros.

En efecto, con una comisión que no alcanza a la mitad de la que pagan las entidades privadas, los gestores llegan a obtener altas remuneraciones, en virtud del considerable número de operaciones que realizan.

Con un sistema similar, se lograría que el productor de seguros de vida, de empresas privadas, se interesase por difundir esta forma esencial de la previsión en todos los sectores sociales y no solamente en aquéllos que, por sus medios de fortuna, están en condiciones de tomar pólizas por altos capitales.

Al estado le interesa que no sea la clase pudiente la que sólo goce del seguro de vida, como sucedía generalmente antes del año 1946, sino que también tengan acceso a este régimen de previsión el empleado, el obrero, toda la gente de trabajo, en suma que es la que más lo necesita.

Estatuto del productor: Considerando "la importancia que tiene el seguro en la evolución del país como factor económico-social" y la necesidad de exigir a los agentes que se desempeñan en estas actividades, "requisitos especiales de responsabilidad y capacidad en el cumplimiento de sus obligaciones en forma tal que su mediación en el contrato sea una garantía más para el asegurado", el Poder Ejecutivo aprobó por decreto del 7 de mayo de 1952, el estatuto del productor de seguros.

Determina el decreto que sólo podrán ejercer

esta profesión las personas inscritas en el registro abierto en la Superintendencia de Seguros de la Nación y que reúnan las requisitos establecidos.

Se reconocen las siguientes categorías de productores de seguros los que, con excepción del Director de Producción (Ramo Vida), no son excluyentes entre sí:

a) Corredor de seguros.- No el productor que actúa al retamente y sin exclusividad para una entidad aseguradora de ramada.

b) Agente de seguros.- Actúa directa y exclusivamente en una sola entidad.

c) Agente organizador.- Actúa directa e indirectamente, con exclusividad, para una sola entidad.

d) Agente organizador de campaña.- Actúa exclusivamente en zonas rurales.

e) Director de producción (Ramo Vida).- Actúa indirectamente y con exclusividad para una sola entidad.

Entre las obligaciones del productor figuran las siguientes:

Informar al asegurador sobre la identidad, las actividades sociales y la actividad laboral de las personas que se aseguran por su intermedio.

Verificar las condiciones del riesgo y asegurarse de que la tarifa sea conveniente.

Asegurar también sobre el tipo de cobertura en caso de siniestro.

Asimismo, durante la vigencia del contrato, se debe asesorar al asegurado.

Los productores en varias categorías y los

empleados de las compañías que están en la colocación de operaciones, estarán remunerados exclusivamente a comisión, la que será uniforme para todos en cada ramo.

Los directores de producción (Ramo Vida), los agentes organizadores y los agentes organizadores de compañía, percibirán únicamente adicionales fijos o variables, o porcentajes de utilidades sobre el resultado de su organización.

Las entidades aseguradoras no podrán, en lo sucesivo, pagar comisiones por colocación a personas que no sean productores.

Con motivo del estatuto del productor, la Superintendencia de Seguros por resolución N. 2768 del 5 de mayo de 1952, reglamentó a su vez la percepción de las comisiones. Estas, para el ramo de vida no podrán exceder, en conjunto, de una prima y media, debiendo entenderse que tal proporción incluye toda asignación por la adquisición de un seguro, comprendidas las retenciones a los jefes de producción, directores de organización, superintendentes de producción, etc.

REVISADO
CALIFICADO

C A P I T U L O V I I I

El Estado y el seguro de vida

Intervención del Estado en el seguro de vida.-

- 1.- Fiscoalización
- 2.- Explotación
- 3.- Función social
- 4.- Nacionalización

No cabe ya discusión sobre la conveniencia de que el Estado intervenga en las operaciones del seguro de vida, tanto desde el punto de vista de la fiscoalización como de su difusión, dado el carácter de institución de bien público que reviste. El concepto moderno sobre la institución del seguro se identifica hoy con los principios de la previsión y la justicia social que el Estado procura expandir, cada día e en mayor grado, a todos los sectores de la población en que su necesidad se manifiesta.

Intervención del Estado en el seguro de vida.

Son diversas las formas en que el Estado puede intervenir respecto al régimen de funcionamiento, a la difusión y el modo de encarar los problemas sociales y legales que trae aparejado el seguro de vida. Las formas de intervención de que nos ocuparemos en detalle, principalmente con relación a nuestro país, son las siguientes:

- a) Fiscalización
- b) Explotación
- c) Función social
- d) Nacionalización

1.- Fiscalización:

En este primer caso, el Estado reglamenta el ejercicio de la actividad aseguradora por las entidades privadas, e inspecciona su funcionamiento, a fin de condicionarlo a exigencias de bien público.

Hasta llegar al régimen de fiscalización mediante la imposición de normas reglamentarias y el ejercicio de una inspección que asegure su cumplimiento, se ha pasado por varias etapas que vamos a reseñar.

1ra.- De libre ejercicio: Este primer grado en la evolución de los seguros sólo tiene un significado histórico. Actualmente ya no hay país donde no se regule con disposiciones legales el ^{ejercicio} ~~desarrollo~~ de tal actividad, por la complejidad creciente de los problemas económicos-sociales que implica el seguro de vida.

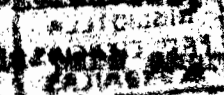
2da.- De publicidad de sus actividades. Una segunda forma de intervención es la de exigir a las empresas privadas que llevan a conocimiento público la marcha de las operaciones, mediante la publicación detallada de sus estados financieros y patrimoniales y del resultado de la explotación en cada ejercicio.

Espero, la sola exigencia de publicidad no es una garantía para la masa asegurada, generalmente profana en la técnica del seguro y que, por lo tanto no suele estar en condiciones de interpretar los estados numéricos que se le presentan, a fin de llegar a deducciones acertadas sobre la mag

cha de la empresa, la confianza que pueda depositarse en ella y la mayor o menor exactitud del precio que se le exige por el seguro.

3ro. De autorización previa según normas generales.- Con esta tercera etapa el Estado sólo autoriza a las entidades privadas de seguros, a ejercer sus actividades cuando cumplen determinados requisitos impuestos por vía legal o reglamentaria, acerca de su fundación y organización, quedando luego su funcionamiento librado al criterio de los directores de las empresas.

4to. De fiscalización permanente.- Esta es la última etapa en la evolución intervencionista del Estado, como fiscalizador, antes de llegar al sistema de explotación estatal directa.

En esta cuarta etapa, que comprende y completa las anteriores, el Estado exige para el desenvolvimiento de las actividades privadas aseguradoras, publicidad de las operaciones, autorización previa , funcionamiento regulado por normas generales obligatorias, e inspección permanente para asegurar su cumplimiento. Así el Estado, en su vanguardia de los intereses públicos, y conforme a los adelantos de la técnica del seguro, establece su política que se traduce en las disposiciones referentes a la constitución, autorización, organización, funcionamiento y liquidación de las empresas de seguros.

Respecto a los requisitos que, en general, se exigen a las entidades privadas de seguros para el ejercicio de esta actividad, los sintetizamos diciendo que toda empresa debe contar con lo siguiente:

a) Organización técnica adecuada.

b) Capital mínimo y constitución de reservas apropiadas.

c) Inversiones de dichas reservas que signifiquen una garantía para los asegurados que constituyen a constituirlos con sus aportes.

d) Costos prudentes de explotación, que reduzcan los costos a límites razonables y hagan accesible el seguro al mayor número de individuos.

Superintendencia de Seguros.— En nuestro país la intervención estatal en las actividades aseguradoras de las entidades privadas, en el aspecto técnico-económico, se efectúa por el órgano de la Superintendencia de Seguros de la Nación, creada por decreto N°105.895 del 21 de junio de 1937 y puesta bajo la dependencia del Ministerio de Hacienda. La ley N° 11.672 del año 1953 incorporó a su artículo 103 el régimen establecido por dicho decreto. La privatización se completa mediante el Instituto Nacional de Resseguros, en el aspecto que su nombre indica, y por la Inspección General de Justicia, en cuanto se relaciona con la faz legal de las sociedades comerciales.

Las razones que activaron la creación de la Superintendencia de Seguros, expuestas en los considerandos del mencionado decreto, fueron las siguientes:

a) "las sociedades de seguros son entidades esenciales financieras, que reciben los ahorros del público para administrar las reservas preestablecidas por los cálculos actuariales";

b) las reservas deben ser invertidas "con excepcional prudencia y seguridad";

c) "es deber del Estado examinar la posibilidad de rea-

linación 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 el estado de esas sociedades para que su prestigio resulte indubitable y estimule la contratación de nuevos seguros";

d) " las sociedades de seguros exigen al Estado una fiscalización especializada".

En cuanto a su organización, la Superintendencia de Seguros tiene a su frente un funcionario con el título de Director General, asistido por un Consejo consultivo con funciones de asesoramiento y de iniciativa. El Consejo está constituido por cinco miembros designados por el Poder Ejecutivo a propuesta de los aseguradores en la siguiente proporción: dos por las sociedades anónimas nacionales con personería jurídica concedida por el Poder Ejecutivo nacional; uno por las sociedades anónimas nacionales con personería jurídica otorgada por algún Gobierno de provincia; uno por las sociedades nacionales con personería jurídica concedida por el Poder Ejecutivo nacional o por gobierno provincial, y uno por las sociedades o agencias de sociedades extranjeras.

La Superintendencia tiene las siguientes fines y atribuciones: " controlar y fiscalizar la organización, funcionamiento, solvencia y liquidación de las sociedades de seguros, en todo lo relacionado con su régimen económico, y especialmente sobre los planes de seguros, tarifas, modelos de contratos, balances, funciones y conducta de los agentes e intermediarios y publicidad en general".

El inciso 6) del artículo 102 (L.O. en 1938, y art. 122 del L.O. en 1939) establece que las sociedades de su-

gueros deberán presentar a la Superintendencia, con una anticipación mínima de quince días del comienzo o cambio de sus planes de seguros, los que se propongan aplicar en sus operaciones, así como los modelos de sus pólizas, sus fundamentos técnicos y las tarifas especificadas detalladamente.

Cuando se trate de seguros sobre la vida, las compañías deberán acompañar, además, las tablas de mortalidad y de conservación y otros elementos técnicos en que se funden. En cuanto a las sociedades que emitan pólizas con participación en los beneficios, deberán indicar el procedimiento adoptado para su adjudicación y distribución a los tenedores de estas pólizas.

Las sociedades de seguros en el ramo de vida determinase el inciso 9) del mencionado artículo, podrán incluir en el activo de sus balances el rubro "Comisiones a Amortizar", constituido por las comisiones de adjudicación que hayan sido pagadas por los negocios nuevos realizados, los que a los efectos del rubro citado, no podrán exceder del límite máximo que fija la Superintendencia de Seguros, dentro del 80 % del importe de una prima de tarifa anual para períodos de primas de 20 o más años, o vida entera, con disminución del 2½ % de la prima anual por cada año menor de duración.

Un registro de los agentes de seguros de vida será llevado por la Superintendencia de Seguros, según lo establece el inciso 11) del referido artículo. Las compañías de seguros-agregables podrán celebrar sus operaciones por intermedio de los agentes inscriptos en el registro. La Superintendencia puede suspender al agente o revocar su inscripción cuando se compruebe que no reúne los requisitos que exige para su inscripción o que ha violado las disposiciones a que debe ajustarse.

Acuerda de las bases técnicas, se legisla respecto a las primas y reservas matemáticas. Estas dice el inciso 12) del artículo 4 que nos venimos refiriendo- se calcularán a una tasa que no sea superior al tipo de interés efectivo neto promedio obtenido durante los últimos tres ejercicios, deducido en medio por ciento, y nunca a un tipo superior al cuatro por ciento. Si no fuere así, la Superintendencia podrá emplazar por el término de ciento ochenta días a la sociedad para que reconstruya sus reservas, siempre que el déficit no la constituyera en manifiesta insolvencia. Transcurrido ese plazo-agrega el texto legal- la Superintendencia ordenará a la sociedad que se abstenga de celebrar nuevos seguros, y elevará las actuaciones con el informe correspondiente al Ministerio de Hacienda para su remisión al de Justicia, a fin de que le sea retirada la personería jurídica.

En cuanto a las reservas matemáticas en el ramo de seguros de vida-se expresa con anterioridad en el inciso 10)-y las reservas para riesgos en curso de los demás ramos, se constituirán sin deducción alguna de manera que aseguren el cumplimiento de las obligaciones de que son la contrapartida.

Por el inciso 13) la Superintendencia de Seguros puede requerir la exhibición de todos los libros, documentos y correspondencia de las sociedades de seguros, revisar sus Carteras de valores, efectuar exámenes y practicar por lo menos anualmente una visita de inspección a cada sociedad para verificar su estado económico y su funcionamiento conforme a las disposiciones legales y reglamentarias.

La ley es especialmente provisora en lo que respecta a la fiscalización del seguro de vida. En efecto, por

el inciso 18) del referido artículo se exige a las compañías que emitan pólizas de vida la presentación, a la Superintendencia de Seguros, con una anticipación no menor de treinta días a la asamblea ordinaria que deba considerarlos, los siguientes informes y documentos:

1°.-Una memoria general demostrativa de la marcha y la situación económica y financiera.

2°.-Un estado demostrativo

a) del monto de la cartera al inicio y terminación del ejercicio;

b) del monto de los nuevos seguros contratados;

c) de las primas cobradas del primer año y de renovación;

d) de los siniestros pagados, especificando los que correspondan a riesgos de prima y así por muerte, invalidez u otra causa;

e) de los siniestros pendientes de pago;

f) de la caducidad operada;

g) del importe de los rescates abonados;

h) de las pólizas vencidas por expiración del contrato;

i) de la clasificación de las pólizas según su plan de emisión;

3°.-Otro estado demostrativo de los intereses y rentas devengados por cada categoría de bienes representativos de sus reservas matemáticas, legales o facultativas y de su capital, y demás datos técnicos que exige la Superintendencia.

4°.-Un inventario y balance general del activo y pasivo con su correspondiente estado de ganancias y pérdidas y planillas complementarias de acuerdo con el formulario que establece la Superintendencia de Seguros.

5°.- El informe del síndico.

La explotación de nuevos ramos, la implantación o modificación de planes, reglamentos, pólizas, tablas y métodos para calcular las reservas, valores garantizados de pólizas, sistemas de participación de los asegurados en las utilidades o fondos de acumulación, no podrán ponerse en práctica sin la aprobación previa de la Superintendencia de Seguros, conforme lo dispone el artículo 14 del citado decreto.

En uso de sus facultades, la Superintendencia ha dictado diversas disposiciones sobre el Régimen de los seguros en general y del ramo de vida en particular, a que nos hemos referido ya al tratar en el capítulo IV el régimen legal y contractual.

Inspección General de Justicia.- La intervención que le corresponde a la Inspección General de Justicia de la Nación respecto a las sociedades de seguros es: - dice el inciso b) del artículo en cuestión - la de intervenir al Poder Ejecutivo en los casos de solicitud de personería jurídica y enviar sus inspectores a las asambleas al solo fin de vigilar el regular funcionamiento del acto y la observancia de las disposiciones legales, reglamentarias y estatutarias. El requerimiento de balances e informes, así como el examen de los libros y demás documentos y correspondencia, serán del resorte exclusivo de la Superintendencia.

La personería jurídica reconocida por el Poder Ejecutivo Nacional o por los gobiernos de provincia no implica, por sí sola, autorización para realizar operaciones de seguros. Así lo establece el artículo 7° del decreto reglamentario del Régimen legal de la Superintendencia de Seguros, dado el 6 de febrero de 1939 - sólo da derecho a la entidad - establece después - para usar la designación de "compañía", so-

ciudad, cooperativa o mutualidad de seguros o aseguradora" o otra expresión similar, en los trámites que debe realizar ante la Superintendencia, a fin de solicitar la correspondiente autorización e inscripción para operar en seguros.

Y para precisar más esta intervención oficial, por el artículo 8° del mismo decreto se faculta a la Superintendencia para denegar la referida autorización y para suspender una vez otorgada, si se comprueba el incumplimiento, en tiempo y forma, por la entidad aseguradora, de sus obligaciones legales y reglamentarias, o si resultare no hallarse, económicamente o técnicamente, en condiciones de operar en seguros.

Instituto Nacional de Resseguros.—Otra institución a la cual se le otorgó desde sus orígenes cierto control sobre algunos aspectos del seguro, aunque su función específica atañe al reaseguro, ha sido el Instituto Misto de Resseguros, hoy Instituto Nacional de Resseguros.

Cuando el Instituto Misto fue creado en el año 1946 por decreto N° 13.343, ratificado por la ley 12.908, "con el fin de mejorar la organización y capacidad del mercado asegurador argentino"

Al proponer el Poder Ejecutivo, en 1958, por intermedio del Ministerio de Hacienda, la nacionalización del Instituto, expresó en los fundamentos del respectivo proyecto de ley, que la institución "ha cumplido una misión en el proceso de la recuperación económica nacional que inició el gobierno a partir de 1946". Agregaba al mensaje, entre otras razones, que la "incidencia fundamental de la actividad aseguradora sobre todas las manifestaciones de la economía interna aconseja como indispensable la intervención activa del Estado en la etapa del reaseguro, con el fin de lograr que éste se realice contemplando no sólo las conveniencias comerciales de las

compañías privadas aseguradoras, sino de manera principal los intereses superiores del mercado argentino y de la economía nacional".

La ley, sancionada el 25 de septiembre de 1952 establece en un artículo 1º: "Declárase constituida como empresa del Estado, dependiente del Ministerio de Hacienda de la Nación, bajo el régimen de la ley 17.657, el Instituto Mixto Argentino de Resseguros, que en lo sucesivo se denominará Instituto Nacional de Resseguros".

Ministerio de Finanzas.- Al Ministerio de Finanzas de la Nación también le corresponde un aspecto de la función fiscalizadora de los seguros por el Estado.

En el mensaje del Presidente de la Nación al Congreso del año 1950, se expresaba al respecto: "Como es sabido, a más de lo técnico-comercial, en seguros también revigite capital importancia lo financiero. La explotación del negocio y la administración de los fondos asegurados son términos de una misma concepción, pero responden a planteos y soluciones que difieren en sus medios y fines".

Daca dentro de la órbita fiscalizadora del Ministerio de Finanzas todo lo concerniente a normas y planes de inversiones, depósitos de garantía y caución, adquisición o realización de bienes o valores representativos de capital y reservas, aumento o disminución de capitales, colocación de acciones, movimiento de fondos, capitalización o disolución de reservas, liquidez y disponibilidades, etc.

El Ministerio de Finanzas ejerce también superintendencia sobre las operaciones de seguros de la Caja Nacional de Ahorro Postal, en virtud de que esta institución integra el "Sistema Bancario Oficial" dependiente de aquella de

secretaría de Estado, conforme a lo dispuesto por el decreto N° 2803 del 25 de marzo de 1946 que nacionalizó el Banco Central y constituyó el mencionado sistema con todas las bancas oficiales.

2.- Explotación.-

Pueden señalarse tres sistemas en lo referente a la explotación de los seguros por el Estado y las entidades privadas.

a) Libre concurrencia.- El Estado permite que concurren a su explotación, en libre competencia, las empresas privadas e interviene únicamente con su función reglamentaria y fiscalizadora.

b) Monopolio.- Cuando se impone este régimen, los seguros sólo pueden efectuarse en las instituciones oficiales creadas y sostenidas por el Estado.

c) Concurrencia del Estado y las entidades privadas.- La manera así el sistema en que el Estado concurre con las empresas privadas a la explotación del seguro. La concurrencia de las entidades particulares es libre, pero sujeta a la reglamentación y fiscalización del Estado.

Tal es el régimen que existe actualmente en nuestro país.

El Estado explota el seguro de vida como servicio público, y por lo tanto, con finalidades que lo diferencian fundamentalmente del seguro privado. La actividad del Estado al respecto, se realiza en función social, y la explotación privada con un propósito mercantil.

Hasta el año 1946, el seguro de vida sólo constituía una forma más de inversión, es tanto que respecto de

la población significaba un régimen cuyos beneficios no eran fácilmente accesibles a los grandes sectores del pueblo, quienes precisamente por disponer sólo del producto de su trabajo, tienen mayor necesidad de un amparo contra los riesgos de muerte o incapacidad.

Con la autorización concedida a la Caja Nacional de Ahorro Postal para iniciar en 1946 sus servicios de seguros del tipo mutual, se inició una nueva etapa en el desenvolvimiento de la entidad oficial y una era de promisorias perspectivas para la economía del país y la obra social gubernativa.

El éxito del seguro de vida colectivo implementado por la Caja movió a sus autoridades a realizar una intensa campaña de difusión, tendiente a su conocimiento y práctica entre todos los sectores del comercio, la industria y los organismos del Estado, siendo adoptadas por las dependencias y entidades que adoptaron tal sistema de protección para sus servidores.

Dentro de este ambiente altamente favorable fue preparándose la sanción de la ley 13.623, que ya hemos detallado en el capítulo anterior.

En virtud de gestiones realizadas por la Caja tendientes a difundir el seguro colectivo entre el personal de diversas dependencias del Estado, se proyectó la extensión del régimen de seguro de vida colectivo a todos los empleados públicos. Antes antecedentes salientes con la sanción de la ley 13.778 el 22 de agosto de 1947, que comenzó a regir el 1º de septiembre del mismo año.

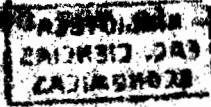
En 1950 se dictó la ley 14.005, que introdujo reformas parciales en la 13.623, necesarias para la mayor flexi-

bilidad del régimen y para el ajuste de algunos conceptos y definiciones, conforme a lo aconsejado por la experiencia.

3.- Función social.-

El ejercicio de la actividad aseguradora por el Estado, en el ramo de vida, especialmente, se caracteriza por realizarse en función social, es decir, prestando un servicio público, sin limitaciones, a la colectividad en general, con fines de amparo, de educación de las virtudes económicas y de fortalecimiento de la solidaridad que constituye la esencia de los vínculos sociales.

Sólo el Estado puede extender eficazmente la provisión social a todos los sectores de la colectividad en que su necesidad se manifiesta. Esta es la razón fundamental que ha dado motivo a la implantación del seguro de vida, bajo régimen oficial, en nuestro país y en diversas naciones, por cuanto su difusión y extensión en el Estado es una cuestión de interés público.



En efecto, hay en la provisión social un principio moral inmanente y éste no se concilia con las normas que han orientado la existencia material y el desarrollo de las entidades privadas de seguros. El Estado como asegurador responde a una mejor adaptación de las instituciones a las nuevas exigencias de la sociedad, tutelando sus intereses morales y materiales.

Las clases más numerosas, que son económicamente las más indefensas, encuentran en el Estado el amparo que la iniciativa privada no lleva a esas amplias zonas de la sociedad.

La vida humana es un valor que juega dentro del capital social. Por lo tanto, el daño que sufre un indi

viduo reparante sobre la colectividad de que forma parte, ya sea entonces el Estado reparar el perjuicio sufrido por la sociedad.

Otra ventaja social del Estado asegurador radica en el hecho de que modera el individualismo sin freno, cuyo exceso significaría anular el derecho a la imprevisión, de efectos antisociales.

La solidaridad es una fuerza social de primer orden, más aún, imprescindible. Ella se consolida por la uniformidad de trato que reciben los asegurados bajo el régimen oficial.

Es, por otra parte, un factor educativo para la masa, por cuanto al fomentar la virtud del ahorro en la forma evolucionada del seguro, crea hábitos metódicos de vida e influye por ello sobre la moralidad.

En fin, comparando los objetivos del Estado, con los de las empresas particulares, se advierte que otra ventaja radica en el hecho de que el Estado atiende los riesgos con criterio social, mientras que las compañías privadas cuidan solamente su interés mercantil.

Además, el Estado, según hemos señalado, da un por difusión y eficiencia al seguro, porque lo atiende en todas las esferas de la colectividad.

4.- Nacionalización.-

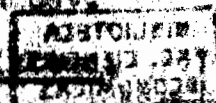
La intervención del Estado en materia del seguro de vida no caracteriza en nuestro país, según ya hemos visto, por su concurrencia con las entidades privadas en la atención de este servicio público. Pero las nuevas teorías y ejemplos importantes en el mundo se inclinan a la total o parcial nacionalización del seguro.

Ello es en virtud de la tendencia dominante a poner bajo la dirección del Estado ciertos servicios que se consideran de importancia vital para el pueblo, o acerca de los cuales existe un interés de la Nación en proteger la salud o la vida de sus habitantes, dentro de las nuevas organizaciones en materia de previsión social.

Es así que países tradicionalmente liberales en este aspecto, como lo es por ejemplo Francia, ha nacionalizado por ley del 25 de abril de 1946 la mayor parte de las compañías de seguros.

En Inglaterra existen proyectos similares; en Italia, el Instituto Nacional de Seguros tiende a la nacionalización total del seguro de vida; y lo mismo ocurre en España; en cuanto a Estados Unidos, ya hemos visto en el capítulo VI la situación existente; en la Unión Soviética existe el monopolio y también en el Uruguay.

Crítica del sistema



En sí es muy discutida la intervención estatal en la explotación directa de los seguros; pero las tendencias modernas señalan una orientación decidida hacia la atención de los seguros sociales por el Estado, especialmente el de vida. Las ventajas innegables que este régimen oficial trae aparejadas, anulan las objeciones formuladas contra el Estado asegurador. Unas y otras las consideramos en detalle, comenzando el examen por los beneficios del sistema, ya demostrado en la práctica.

Ventajas del Estado asegurador.—1) Ante todo, el seguro de vida atendido por el Estado, adquiere el carácter de un servicio social que sólo así puede instituir y extender a todos los sectores de la sociedad. De los caracteres e importancia de esta función social, nos ocuparemos más

adelante, en un punto especial de este capítulo.

2) El Estado no persigue el lucro; por lo tanto puede ofrecer condiciones más liberales y mayores beneficios a los asegurables, y extender el seguro de vida a las clases menos pudientes de la población.

3) Por la misma razón anterior, los seguros oficiales pueden, en un régimen bien organizado, resultar a muy poco costo, lo cual permite disminuir considerablemente la cuantía de las primas.

4) Atendiendo a la elevada cifra que pueden alcanzar los asegurados por el Estado, éste puede aceptar riesgos que las compañías privadas no se atreven a aceptar por inconvenientes para su negocio, problema que no existe para la institución oficial, dado que no persigue fines lucrativos y porque es el excedente producido de los ^{PREMIOS} ~~PREMIOS~~ ^{PREMIOS} ~~PREMIOS~~ la compensación.

5) Responde a necesidades de orden público y supe-
ra el "seguro-contrato de las empresas privadas con el "seguro-función" instituido por el Estado.

6) La garantía del Estado es ilimitada, en tanto la solvencia de las empresas privadas es necesariamente limitada. La virtud de aquella amplia garantía, se extiende la confianza y aumenta la población asegurada.

7) Mejora la economía nacional, porque concentra una parte considerable de los ahorros del pueblo, que son administrados en forma rentable por el Estado. Los ahorros que antes eran factores de dividendos para las compañías privadas ahora son invertidos por el Estado con fines sociales.

8) En virtud de que la actividad pública no tiene solución de continuidad, los seguros a cargo del Estado

ofrecan la características de su continuidad, regularidad y seguridad.

9) Vigoriza la economía familiar que repercute sobre la economía pública.

10) El Estado se halla en condiciones de dar participaciones en las utilidades a todos los asegurados en forma más ventajosa.

11) Puede desarrollar una acción educativa al inducir a bases un resguardo económico a los individuos negligentes que no sienten la necesidad de asegurar sus vidas por no advertir la inminencia del desamparo en que pueden quedar el hogar o las personas que de ellos dependen.

12) Evita los gastos de inspección de las empresas privadas; estos se entienden en caso de monopolio estatal.

13) Ejerce una acción social de bien público, al procurar que el trabajador pueda tener un seguro económico.

14) En síntesis, el Estado como asegurador amplía el número y el campo de acción de los servicios públicos por exigencias del interés colectivo; busca el desarrollo y una repartición más justa de la riqueza nacional; populariza una institución benéfica; no puede mirar con indiferencia la extracción anual de fuertes sumas de dinero por las empresas aseguradoras particulares; y en fin, no hay motivo alguno que se oponga a que el Estado participe con ellas o las sustituya en la atención del seguro de vida, para lograr en beneficio social lo que ellas obtienen en provecho privado.

Objeciones.— Los reparos que se formulan a la institución de los seguros por el Estado, caen el peso fácilmente ante las ventajas que ya hemos señalado y que compensan

sea cualquier defecto natural del sistema. Las objeciones más frecuentes son éstas:

1.- El Estado es mal administrador. Pero esta crítica no va a la esencia del régimen, sino a sus aspectos legales, al material humano encargado de poner en práctica el sistema. Las dificultades de procedimiento pueden superarse; y lo que es innegable, es que aún con esa supuesta mala administración, el seguro de vida, ya aplicado en la Argentina y en otros países en forma nacional por el Estado, resulta menos oneroso que el explotado por las iniciativas privadas.

Si la objeción tuvo su razón de ser en otros tiempos, ahora ya no obra, por el perfeccionamiento técnico de la Administración pública, que actualmente está en condiciones de llevar a cabo con ventaja cualquier empresa comercial e industrial. Un ejemplo que comprueba este aserto es la organización y difusión de los seguros, ^{del gran} beneficio público, por la Caja Nacional de Ahorro Postal.

2.- El Estado no debe entrar en competencia con la industria privada, pues ello sería poner trabas a la libertad individual.

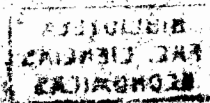
A esto contestaremos que si un interés público lo exige, la nacionalización de un servicio procede cuando se cumple en función social. El Estado persigue siempre el bienestar general sobre las conveniencias individuales.

3.- El fisco dejará de percibir los impuestos correspondientes a las compañías de seguros destinadas a desaparecer por la absorción estatal. Mas esto se compensa con la gran colección de los ahorros del pueblo que permiten al Estado inversiones provechosas, y con la supresión de los gastos de

fiscalización de las compañías privadas.

4.- El ejercicio de esta actividad por el Estado, comenzando por los seguros de vías, lo llevaría paulatinamente a la absorción de los demás riesgos: incendio, granizo, etc., hasta llegar al monopolio de los seguros.

La experiencia se encarga de refutar esta objeción. Allí donde existe la nacionalización de múltiples empresas de seguros, como en Francia, o el monopolio, como en el Uruguay, no se ha experimentado ningún desequilibrio financiero que haya demostrado la razón del reparo; antes bien, se ha advertido un beneficio social incontestable.



CONCLUSIONES

Capítulo I.- El seguro de vida como medio de provisión social.

El seguro de vida es uno de los factores esenciales de la provisión social, cuya importancia trasciende al interés del individuo para asumir el carácter de una exigencia de la colectividad de que forma parte.

Al Estado le corresponde una función ineludible en el desenvolvimiento de esta rama de la provisión, por constituir ella un servicio de interés general, cuya eficiencia y extensión a todos los sectores sociales deben ser aseguradas por los poderes públicos.

Como forma evolucionada del ahorro, el seguro de vida fortifica la economía de la familia e influye sobre la economía general, y considerado como institución pública, supera el concepto de seguro-contrato para elevarse al carácter de seguro-función.

Surge de todo ello la obligación por parte del Estado de fomentar este seguro que, aparte de constituir un esencial factor económico, tiene un alto valor educativo, por cuanto desarrolla el espíritu altruista del individuo, le crea, con el ahorro, una norma metódica de vida, y le afirma la conciencia de su responsabilidad para con su familia y la sociedad en que actúa.

Capítulo II.- Clasificación del seguro de vida.

En los dos grandes grupos de los seguros de vida - según la clasificación que hemos estudiado en detalle o sea, los seguros voluntarios y los sociales, no debe verse una oposición, puesto que ambos se complementan en su función de amparo familiar y de solidaridad social.

Los seguros sociales los instituye el Estado, que participa en el aspecto económico de ellos, en tanto que los seguros individuales tienen el carácter de un amparo que el interesado se costea voluntariamente como medida de previsión personal o para proteger a los seres que de él dependen.

Ambas clases del seguro de vida deben ser dirigidas orgánicamente mediante normas legales y reglamentarias que garantizan el más amplio amparo al menor costo posible.

Los seguros sociales no tienen por finalidad constituir un motivo de enriquecimiento para el individuo, sino proporcionarle la compensación justa para una vida decorosa, conforme al nivel correspondiente a la posición alcanzada por su esfuerzo y a la necesidad de amparar a los seres que de él dependen.

Por consiguiente la técnica del racionamiento y las conveniencias de la colectividad aconsejan no acordar estos beneficios a edad temprana, por cuanto ello resta brazos al trabajo, de individuos cuya capacidad productiva no debe ser restada a la sociedad. Asimismo, para que no se resientan las bases del sistema, debe evitarse una liberalidad extrema en la concesión de los beneficios, que sólo deben ser otorgados en virtud de necesidades reales producidas por siniestros debidamente comprobados. De otro modo se desnaturalizarían los objetivos de los seguros sociales, y se lesionarían los inte-

reses generales con peligro para la estabilidad del propio sistema de previsión.

Los seguros denominados voluntarios y que son, precisamente, los que han dado origen a este trabajo, constituyen un complemento eficaz de los seguros sociales, ya que por tal medio, en forma individual o colectiva, se extiende y consolida la previsión en los sectores más numerosos de la colectividad. A su vez la acción educativa y de fomento de los seguros voluntarios estimulará la formación de una conciencia previsora en el pueblo, según la cual el individuo comprenderá que no debe esperar todo del Estado, sino que él mismo habrá de formarse su propia previsión conforme a su nivel de vida y a las exigencias éticas de su responsabilidad familiar.

Según hemos examinado en este capítulo, es considerable la variedad que presentan los seguros voluntarios, pero del análisis de los planes se desprende que éstos no han sido elaborados con un criterio práctico que facilite su colocación, mediante cláusulas simples y modalidades adaptadas a las necesidades del pueblo. Nos fundamos en ello para sostener que la emisión de estos tipos de seguros debe obedecer a planes económicos que incidan lo menos posible sobre los recursos de los asegurables, y en condiciones tales que las exigencias y requisitos sean reducidos al mínimo indispensable requerido por la seguridad del régimen. En efecto; debe advertirse que los recargos en las tarifas aumentan las primas en forma onerosa para las clases trabajadoras, en razón de su ocupación, lo cual no es socialmente justo.

La política a seguir en este aspecto, debe estar encaminada, pues, a popularizar el seguro, que de esta manera constituirá también un medio de combatir la inflación por el fomento del ahorro, en virtud de la acumulación de grandes

sumas que pueden ser utilizadas luego con fines de interés nacional.

Capítulo III.- Bases técnicas.-

Dada la importancia que tienen las bases técnicas del seguro de vida, deben los organismos fiscalizadores estudiar detenidamente esos elementos, ya que ellos constituyen los cimientos sobre los que descansa el sistema.-

Las bases técnicas no deben ser factores que obran en unos casos, con exceso, las necesidades del seguro y en otros sean insuficientes para ello, sino que habrán de estar calculadas adecuadamente para garantizar el fin previsto de la institución.

Prácticamente, en la actualidad son las tablas de mortalidad las que están produciendo el mayor beneficio en el seguro de vida, puesto que prevén una mortalidad superior a la real.

Es evidente la necesidad de estudiar y considerar la posibilidad de establecer tablas de mortalidad para la República Argentina, basadas en nuestras propias estadísticas, que nuestro país está en condiciones de darlos, a fin de reemplazar las tablas extranjeras en uso, las cuales corresponden a diversas nacionalidades y se basan en estudios demográficos correspondientes a pueblos de climas distintos, cuyos medios de nutrición y de vida en general, difieren de nuestros modalidades.

Las tasas de interés que se utilizan para la determinación de las primas deben responder a la realidad económica y no reducirse a porcentajes que no guardan relación con las inversiones que de sus fondos efectúan las entidades aseguradoras.

Es sabido que, a mayor tasa de interés, corresponde de una menor cuantía de la prima en los seguros de vida. Esto de

muestra por sí solo la importancia del aumento de la tasa es no factor esencial para reducir el costo del seguro y, como consecuencia, acrearlo a las clases sociales menos pudientes.

Las primas deben contener las cargas suficientes para todas las erogaciones que debe afrontar el asegurador, contrariamente a lo que ocurre en la actualidad, en que no alcanzan a satisfacer los gastos de explotación o de administración, por lo cual se recurre al expediente de adicionar a la prima de tarifa porcentajes por varios conceptos, y para cubrir, además, gastos no previstos en las bases técnicas aprobadas, tales como aumentos excesivos en las comisiones u otras formas de compensación a los diversos agentes y productores.

Asimismo, la equidad aconseja que el asegurado perciba, en caso de rescisión de su póliza, una parte de las primas que haya abonado, y en el plazo de vigencia más reducido posible. Al respecto, debe señalarse que la Caja Nacional de Ahorro Postal ha logrado otorgar rescate a los dos años de vigencia del seguro, con el consiguiente mayor valor por este concepto, a causa de haber reducido los gastos que inciden sobre las primas.

Capítulo IV.- Régimen legal y contractual.-

Hemos señalado en este capítulo las deficiencias de que adolece la legislación sobre los seguros, y en especial, acerca del seguro de vida. Urge, por lo tanto, estudiar la legislación de fondo en esta materia, para adecuarla a las necesidades de la época en que vivimos.

Existe ya suficiente experiencia en nuestro país sobre el particular, y ha llegado el seguro de vida a tal adelanto, que exige una legislación especial. Esta debe-

rá pagar al asegurado y a sus beneficiarios, y proteger así mismo el sistema económico y financiero del régimen. Su estructura debe poseer las características eminentemente sociales que son su razón de ser a este sistema de provisión social.

El análisis efectuado sobre las condiciones generales y particulares de las pólizas demuestra que, si bien mediante la intervención de los organismos oficiales se han ido introduciendo mejoras en las condiciones contractuales del seguro, cabe aún algunas reformas tendientes a garantizar los derechos del asegurado y al beneficiario, y perfeccionar este régimen de provisión en sus aspectos esenciales.

Asimismo, atendiendo a que las entidades aseguradoras en el ramo de vida son colectoras de los ahorros de la población, deban ser sometidas a un eficaz control, todo es lo referente a la administración de sus fondos -como acontece respecto de las entidades ^{FINANCIERAS} ~~industrial~~ que asegure la corrección de sus inversiones, ^{EN EL} ~~de~~ que éstas produzcan un rendimiento beneficioso no sólo para las empresas, sino también para los asegurados, en virtud del derecho que a éstos les existe sobre las reservas técnicas acumuladas.

Capítulo V.- Régimen contable y económico.-

En virtud de que las entidades aseguradoras en el ramo de vida son depositarias de fondos de los asegurados, y dada la importancia alcanzada por dicho seguro, podemos afirmar que no solamente deben exigirse balances y planes de cuentas uniformes, sino un severo control de las cifras registradas en ellos, especialmente por lo que concierne a los gastos directos, indirectos, de administración y de explotación, y también sobre el sistema de prorrateo utilizado para su distribución en los distintos ramos.

Igual preocupación debe existir respecto a los ingresos, de manera que en las cuentas de ganancias y pérdidas no se asienten sumas ingresadas por conceptos de intereses inferiores a los que correspondan al ramo, si se omite la participación referente a la realización de bienes de activo.

La corrección del régimen exige, por otra parte, la separación del activo y el pasivo del ramo de vida, independizándolos de los correspondientes a otros riesgos y de las demás operaciones que realizan las entidades aseguradoras, pues bien sabemos que, en nuestro país, salvo una de ellas, todas operan en múltiples ramos.

Asimismo debería implantarse un régimen contable que permitiera discriminar y obtener un resultado de la explotación por cada plan, dentro del ramo de los seguros de vida. En efecto, sabemos que existen diferencias entre los planes de seguros individuales y colectivos. Para los primeros se requieren ciertos requisitos ^{EXIGENCIAS} y límites de edad que no se exigen en los segundos. Por otra parte, aun dentro de los individuales, existe una marcada diferencia entre los de tipo dotal y los de vida entera, pudiendo ello medir, y en forma muy distinta, sobre el resultado del ramo. En consecuencia, si bien pueden refundirse al final, en una cuenta de ganancias y pérdidas de la sección Vida los resultados de todos los planes, la discriminación de éstos producirá ventajas mayores.

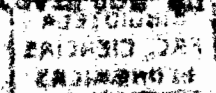
Resumiendo estas consideraciones debemos señalar que, en la explotación del seguro de vida, los resultados han de ajustarse a la realidad y no hacer incidir en ellos ningún factor ajeno al interés de los asegurados.

Examinando ahora otro aspecto interesante estudiado en este capítulo, señalaremos las consecuencias que,

sobre el valor del seguro de vida, produce la disminución del poder adquisitivo de la moneda.

Estos seguros, según hemos visto, constituyen prácticamente un sistema de ahorro basado en planes que, en ciertos casos alcanzan hasta 30 años de vigencia. Debemos preguntarnos entonces: es prudente que operaciones de tanta duración sean propias de entidades privadas? Se hallan estas empresas en condiciones de prever eventualidades en plazos tan dilatados y garantizar el fiel cumplimiento de lo estipulado en los contratos a través de los distintos ciclos económicos por que atraviesan durante la vigencia de las pólizas?

Lógico es el interrogante, puesto que la alteración de los períodos de prosperidad y depresión produce fluctuaciones en el valor adquisitivo de la moneda y en el tipo de interés de las inversiones, con el consiguiente desajuste de los gastos de explotación previstos en las primas que se cobran.



Otras preguntas surgen: En que situación, se encuentran hoy los asegurados que desde hace 20 años vienen pagando primas para obtener un seguro de 5.000 a 10.000 pesos? Tienen estas pólizas el valor adquisitivo que representaban 20 años atrás? ¿Podrán significar para el asegurado, actualmente, el capital que se proponían ahorrar para la constitución o adquisición de un bien?

Contemplado el asunto desde el punto de vista de los intereses de los aseguradores, ¿se perjudican éstos con la inflación, es decir, con el menor poder adquisitivo de la moneda? Las entidades de seguros han comprobado cómo ha ido valorizándose su activo, aun cuando no lo revalúen en sus libros, situación ésta que se revelará sólo al procederse a la venta

de algún bien de activo, o en forma automática por el repunte de sus acciones como consecuencia de ese mayor valor de activo.

Ya hemos dicho en el capítulo correspondiente que la forma de considerar equitativamente el problema -aunque ello no signifique una solución integral- es no sólo la de otorgar al asegurado participación en las utilidades producidas por los resultados de la sección Vida o de alguno de sus planes, sino en reconocerle también un derecho potencial sobre el mayor valor del patrimonio del ramo y una participación en las reservas facultativas libres, a no ser que se encuentre la forma de establecer un régimen de capitales variables.

Capítulo VI.- El seguro de vida en el extranjero.-

El examen de los regímenes de explotación del seguro de vida en diversas naciones, ha demostrado que ya no existe discusión alguna sobre la necesidad de mantener un severo control por parte del Estado sobre las empresas correspondientes. Dichas entidades, que se constituyen en depositarias de los ahorros del pueblo, deben como tales, dar cuenta públicamente de sus operaciones y sus resultados. También han de invertir sus fondos, especialmente los de las reservas automáticas, en operaciones bien garantizadas, despojadas de condiciones aleatorias que puedan hacer peligrar la estabilidad de unas empresas que perciben durante 15, 20 y hasta 30 años los ahorros de sus asegurados, en forma de primas.

Hemos advertido también, a través de la legislación, la tendencia a popularizar el seguro de vida mediante el sistema, entre otros, de autorizar a los Bancos y Cajas de Ahorro del Estado a operar en este ramo, con planes simples y

económicos.

Tiende a generalizarse la intervención del Estado, no solamente en los aspectos fiscalizadores, sino en la colocación directa de los seguros de vida, en concurrencia con las entidades privadas, y también decididamente, socializándolos o tomándolos directamente a su cargo. Así vemos que países como Francia y Rusia han socializado los seguros y en el Uruguay se nacionalizaron desde el año 1911. En otros países, como Gran Bretaña, Bélgica, por ejemplo, en tanto las entidades privadas se dedican libremente a los seguros de vida, el Estado concurre directamente, con ellas, a su difusión, pero entendiendo los como seguros sociales.

Surge de lo expuesto que la política actual de los Estados en materia de protección social se inspira en la necesidad de regular sobre bases más firmes y racionales el funcionamiento de un sistema de seguro público que no pue-
 de quedar subordinado a operaciones meramente comerciales, propias del interés privado.

Capítulo VII.- Explotación del seguro de vida en el país.-

El Estado y las entidades privadas concurren en nuestro país a la explotación del seguro de vida, según hemos expuesto detalladamente. Respecto al primero, mediante la Caja Nacional de Ahorro Postal, y en cuanto a las empresas particulares, por sociedades anónimas, principalmente. El cuadro estadístico que ilustra el capítulo VII señala el grado de importancia alcanzado por dicho ramo en la esfera de las actividades privadas.

La acción desarrollada por el Estado como asegurador, a partir del año 1946, merece una consideración especial. Ella ha convalidado todos los reparos que, sobre la efi-

encia del sistema y al parvenir de la iniciativa males oponer los espíritus contrarios a toda innovación progresista. En los años de cinco años de desenvolvimiento de esta rama, se han establecido diversos tipos de seguros, de carácter facultativo y obligatorios otros, con un éxito tal que se evidencia en cada por el millón cien mil asegurados, entre empleados y obreros, que suscriben sus distintos planes.

Respecto a la explotación del seguro de vida por las cooperativas y mutualidades, éstas no han desarrollado una actividad que atraiga importancia, a pesar de que, según el principio que motiva tales asociaciones, deberían ser ellas las más indicadas para explotar con éxito el seguro de vida.

Este medio de provisión no ha podido prosperar a cargo de dichas entidades por carecer éstas de grandes capitales disponibles para la explotación y por no poder pagar las importantes comisiones que ^{retribuyen} las sociedades anónimas de seguros de vida, donde llegan en algunos casos hasta alcanzar el 15% de la prima del primer año.

Este porcentaje evidencia la gravitación considerable de las retribuciones de los agentes sobre el rama de este seguro.

Hasta la institución de la Caja Nacional de Ahorro Social como organismo asegurador, el seguro de vida en la Argentina no había alcanzado a beneficiar en extenso a la clase trabajadora, ya que el productor o intermediario de las entidades comerciales no se interesaba por los seguros individuales en que los capitales asegurados son reducidos, sino que se dirigía a la colocación de sus operaciones dentro de las clases pudientes, donde con pocas pólizas suscriptas podía obtener importantes ganancias en concepto de comisiones.

La Caja Nacional de Ingreso Postal, abonando nos por concepto de subsidios, ha podido reducir las primas de los seguros de vida a su cargo, sin que ello haya significado en total, una reducción de los excedentes de sus quoteros o productores, que en ninguna oportunidad han quedado en condiciones de contribución inferiores a las de los productores de las entidades privadas.

Ya hemos dicho, y reafirmamos el concepto, que el gestor de seguros de vida debe elevar su profesión, constituyéndola en misión social de educación de las masas populares en la práctica consciente de la provisión. El desiderátum es llevar al día en que el individuo, convencido de su deber para con él y las personas que dependen de su sueldo, acude espontáneamente a la entidad aseguradora en busca del plan de seguro de vida que mejor contemple sus necesidades. Esta obra de ilustración entre el pueblo ya ha sido iniciada con éxito, por lo cual no está lejano la fecha en que ese ideal sea alcanzado en la medida suficiente para satisfacer la necesidad social de protección que lo anima.

Capítulo VIII.- El estado y el seguro de vida.-

Identificado el seguro de vida con los principios de la provisión y la justicia social que el Estado procura extender, corresponde que éste no se limite a la acción fiscalizadora, sino que atienda a su difusión y aún a su colocación por intermedio de los organismos correspondientes.

El carácter de función social es la condición que esencialmente justifica la intervención del poder público en la explotación del seguro de vida, sólo al Estado, en la medida necesaria, puede llevar la provisión social a todos los sectores de la colectividad en que su necesidad se manifiesta

su acción provisora es, por lo tanto, una cuestión de interés público.

El seguro de vida es uno de ellos, y debe constituir una preocupación constante del Estado, a fin de atender el seguro contra este riesgo al menor costo posible, en forma tal que dicho costo de provisión pueda alcanzar a las clases inferiores, y deje de significar un artículo de lujo al alcance exclusivo de las clases pudientes.

En consecuencia, no se justifica que un sistema en que se reúnen los aportes, a manera de primas, efectuados por gran número de asegurados, exclusivamente para protegerse mutuamente, pueda dar motivo a una fuente de lucro en beneficio de un grupo reducido de personas organizadas en forma de sociedad anónima, a fin de explotar en provecho propio la necesidad social de asegurar la vida.

Las objeciones formuladas contra la explotación del seguro de vida por el Estado, y que hemos señalado en el capítulo VII, han quedado desvirtuadas en los hechos con la acción desarrollada en nuestro país por la Caja Nacional de Ahorro Postal, como entidad aseguradora, cuya excelente organización merecía ser destacada. Las bases técnicas en que se sustentan los seguros a su cargo, las condiciones populares de sus planes, la importancia de los beneficios acordados y la acción educativa y de fomento desarrollada entre el pueblo, han alimentado el prestigio de esta institución pública al servicio de la provisión social. El volumen extraordinario de sus operaciones demuestra la decidida adhesión popular al sistema de provisión instituido por el Estado.

En síntesis, entendemos haber evidenciado que el Estado, al instituir el seguro de vida, lo hace sin finalidades

lucrativas, reduce su costo y puede mantener su valor por los
 medios más adecuados, pese a las fluctuaciones económicas; es-
 tablece el seguro como función y no como contrato; extiende
 dicho seguro a las clases más necesitadas y lo garantiza ilí-
 citadamente; desarrolla y distribuye más equitativamente la ri-
 queza nacional; educa a los masses en la virtud de la provisión
 popularizando una institución benéfica; fortifica la economía
 familiar que influye sobre la economía nacional, y robustece el
 vínculo social de la equidad.

LA COMISIÓN
 DE INVESTIGACIÓN
 NACIONAL

A N N U A L

WINDYER
FAC. ENKING
28 11 1952

A P E N D I C E

I.- DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES AL
CONTRATO DE SEGURO DE VIDA

1.- Del Código de Comercio.

Art. 8°.- La ley declara actos de comercio en general:

Inc. 5°) Los seguros y las sociedades anónimas, sea cual fuere su objeto.

Art. 492.- El seguro es un contrato por el cual una de las partes se obliga, mediante cierta prima, a indemnizar a la otra de una pérdida o de un daño, o de la privación de un lucro esperado que podría sufrir por un acontecimiento incierto.

Art. 493.- El seguro puede tener por objeto todo interés estimable en dinero y toda clase de riesgos, no mediando prohibición expresa de la ley.

Puede, entre otras cosas, tener por objeto:

- 1°.- Los riesgos de incendio;
- 2°.- Los riesgos de las cosechas;
- 3°.- La duración de la vida de uno o más individuos;
- 4°.- Los riesgos de mar;
- 5°.- Los riesgos de transporte por tierra y por ríos y aguas interiores.

Art. 494.- Las disposiciones de los artículos siguientes son aplicables a todos los seguros, ya sean terrestres o marítimos.

Art. 495.- Es nulo el contrato de seguro, si la persona que ha hecho asegurar para sí o aquella por cuyo 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 conato las sumas en trozos y los capitales asegurados, sin perjuicio de las

disposiciones penales.

Art. 498.- Toda declaración falsa o toda retención de circunstancias conocidas del asegurado, aun hecha de buena fe, que al 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. 502.- Es nula la renuncia que se haga de las disposiciones imperativas o prohibitivas de la ley, al tiempo del contrato de seguro, o mientras éste dure. (Ver Cód. Civil - art. 872).

Art. 503.- El contrato de seguro 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 (ver Cód. Civil - arts. 545 - 567).

Art. 506.- El contrato de seguro sólo puede probarse por escrito; sin embargo, todos los demás medios de prueba serán admitidos, si hay principio de prueba por escrito.

Si sobreviniera duda sobre las cláusulas y condiciones particulares del contrato antes de la entrega de la póliza, podrán compararse los hechos por todos los medios de prueba admitidos en materia comercial. Sin embargo, las cosas de que la ley exige mención expresa en la póliza de ciertos seguros, so pena de nulidad, sólo podrán hacerse constar por escrito. (ver Cód. Civil - arts. 1191 y 1192).

Art. 507.- Si el seguro ha sido convenido directamente entre el asegurador y asegurado o su mandatario, la póliza presentada por el asegurador al asegurado o su representante, deberá ser firmada y entregada dentro de las 24 horas.

Art. 508.- Si el contrato se hubiese celebrado con intervención de corredor, deberá entregarse la póliza firmada, dentro de los ocho días, contados desde la conclusión del contrato. (ver Cód. Civil - art. 24).

Art. 509.- En caso de omisión de lo establecido en los dos artículos precedentes, el asegurador o corredor responderá al asegurado de los daños y perjuicios que pudieren resultar.

Art. 510.- La persona que, encargada de hacer asegurar cierta cosa, la asegura por su propia cuenta, se considerará que excepto las condiciones indicadas por el mandato; y en defecto de esta indicación, que asegura bajo las condiciones del lugar donde debiera haber ejecutado el mandato, y si al lugar no hubiese sido indicado, las del lugar de su domicilio o de la Bolsa más próxima.

Art. 522.- Cuando hay nulidad del seguro en to

de o en parte, y el asegurado ha obrado de buena fe, el asegurador debe restituir el premio o la parte de premio que haya recibido hasta la suma concurrente de los riesgos que no haya corrido.

Hay igualmente lugar a la restitución del premio, si la cosa asegurada ha perecido después de la perfección del contrato, pero antes del momento en que los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador.

En todos los casos en que el asegurado recibe indemnización por el daño o pérdida, se debe el premio por entero.

Art. 535.— Si el contrato se anula por dolo, fraude o mala fe del asegurado, pena el asegurador el premio íntegro, sin perjuicio de la acción criminal a que pueda haber lugar.

Disposiciones propias del seguro de vida.

Art. 542.— La vida de una persona podrá ser asegurada en favor de algún interesado, por un tiempo que se determinará en el contrato, no pena de nulidad del seguro.

Art. 543.— El interesado podrá contratar el seguro aun sin consentimiento o noticia de la persona cuya vida se asegura. Sin embargo, el que contrata el seguro, debe tener interés en la duración de la vida de la persona asegurada, a lo menos en el momento del contrato.

Art. 551.— La póliza contendrá:

- 1.º— El día del contrato;
- 2.º— El nombre del asegurado;
- 3.º— El nombre de la persona cuya vida se asegura;
- 4.º— La época en que los riesgos empezarán y acabarán para el asegurador;
- 5.º— La cantidad por la cual se ha asegurado;
- 6.º— La prima o premio del seguro;

Art. 552.— La evaluación de la cantidad y la determinación de las condiciones del seguro, quedan al arbitrio de las partes.

Art. 553.— 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 ha biese 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 también nulo el seguro, en el caso que la persona que reclama el importe del seguro, es autor o cómplice en la muerte de la persona asegurada.

Art. 556.— Los cambios de residencia, ocupaciones, estado y género de vida por parte del asegurado, no harán cesar los efectos del seguro, salvo si fuesen de tal naturaleza que el asegurador no hubiese celebrado el contrato o no lo habría celebrado en las mismas condiciones a su dár el nuevo estado de cosas.

Art. 557.— La ausencia con presunción de fallecimiento, de la persona cuya vida ha sido asegurada, no hace exigible la cantidad asegurada, a menos que las intervenciones estipulen otra cosa.

Pero si los herederos presuntivos del ausente con presunción de fallecimiento, obtuviesen la posesión definitiva podrán exigir el pago de la cantidad asegurada, de fe fianza de restituirse, si el ausente reapareciere, con tal que para la declaración de la presunción de fallecimiento y para decretar la posesión definitiva, se haya provocado la intervención del asegurador, mediante citación en forma (ver Cód. Civil - arts. 113 a 125).

Prescripción.

Art. 558.— Las acciones que se derivan del contrato de fletamento se prescriben por el transcurso de un año, contado desde la terminación del viaje; y las que se derivan del contrato de ajuste de la gente de mar, se prescriben por el transcurso de un año, desde el vencimiento del término convenido o del fin del último viaje si el contrato no hubiese prorrogado.

Se prescriben por un año las acciones que se derivan del contrato de seguro marítimo.

En los seguros marítimos el plazo corre desde la realización del viaje asegurado, y en los seguros a término, desde el día en que concluye el seguro. En caso de presunción de pérdida del buque, por falta de noticia, el año comienza al fin del término fijado para la presunción de pérdida. Quedan siempre a salvo los demás términos establecidos para el abandono en los seguros marítimos.

En los demás seguros el término corre desde el momento en que ocurre el hecho de que la acción se deriva.

2.- Del Código Civil.-

Art. 24.— El día es el intervalo entero que corre de media noche a media noche; y los plazos de días no se contarán de momento a momento, ni por horas, sino desde la media noche en que termina el día de su fecha.

Art. 110.— La ausencia de una persona del lugar de su domicilio o residencia en la República, haya o no de ser representada, sin que de ella se tenga noticia por el término de seis años, causa la presunción de su fallecimiento.

Art. 111.- Los seis años serán contados desde el día de la ausencia, si nunca se tuvo noticia del ausente, o desde la fecha de la última noticia que se tuvo de él.

Art. 112.- Causa también presunción de fallecimiento la desaparición de cualquiera persona domiciliada o residente en la República, que hubiese sido gravemente herida en un conflicto de guerra, o que naufragase en un buque perdido o reputado por tal, o que se hallase en el lugar de un incendio, terremoto u otro suceso semejante, en que hubiesen muerto varias personas, sin que de ellas se tenga noticia por tres años consecutivos. Los tres años serán contados desde el día del suceso, si fuese conocido, o desde un término medio entre el principio y fin de la época en que el suceso ocurrió, o pudo haber ocurrido.

Art. 113.- En los casos de los artículos anteriores, el cónyuge del ausente, los presuntos herederos legítimos, los instituidos por tales en un testamento abierto, o los que tuvieren sobre sus bienes algún derecho subordinado a la condición de su muerte, el Ministerio Fiscal y el cónsul respectivo, si el ausente fuese extranjero, pueden pedir una declaración judicial del día presuntivo del fallecimiento del ausente, al juez del último domicilio o residencia de aquél.

Art. 114.- Los que se presentasen pidiendo esta declaración, deben justificar el tiempo de la ausencia, las diligencias que hubiesen practicado para saber de la existencia del ausente, sin resultado alguno, el derecho de sucesión, y en su caso, el suceso del naufragio, terremoto, acción de guerra, etc. en que el ausente se encontraba.

Art. 115.- El juez debe nombrar un defensor al ausente y un curador de sus bienes. Si no hubiese administrador de ellos, y after al ausente por los periódicos cada mes, por espacio de seis meses.

Art. 116.- Pasados los seis meses y recibidas las pruebas que se presentaron los que hubiesen pedido la declaración del día presuntivo del fallecimiento del ausente, el juez, oído el defensor de éste, declarará la ausencia y el día presuntivo del fallecimiento del mismo, y mandará abrir, si existiese, el testamento cerrado que hubiese dejado.

Art. 117.- En el caso del artículo 110, el juez fijará, como día presuntivo del fallecimiento del ausente, el último día de los primeros tres años de la ausencia, o del día en que se tuvo de él la última noticia; y en el caso del artículo 112, el día del conflicto de guerra, naufragio, terremoto, etc. si fuese conocido, o no siéndolo, el día del término medio entre el principio y el fin de la época en que el suceso ocurrió o pudo haber ocurrido.

Art. 118.- Fijado el día presuntivo del fallecimiento, los herederos testamentarios, y en su falta los legítimos, a la época del presuntivo fallecimiento del ausente, o los herederos de éstos o los legatarios, entrarán en la posesión de los bienes del ausente.

posesión provisoria de los bienes del ausente bajo inventario formal y fianzas que aseguren su buena administración. Si no pudiesen dar fianzas, el juez podrá exigir la garantía que juzgue conveniente, o poner los bienes bajo la administración de un tercero.

Art. 119.— Los derechos y las obligaciones del que hubiese obtenido la posesión provisoria, serán los mismos que los del curador del incapaz de administrar sus bienes.

Art. 120.— Si dada la posesión provisoria, se presentara el ausente o hubiese acción cierta de él, quedará sin efecto alguna.

Art. 121.— Los herederos presuntivos o los herederos instituidos, después de dada la posesión provisoria, pueden hacer división provisoria de los bienes, sin poder enajenar los, sean muebles o raíces, sin autorización judicial.

Art. 122.— Pasados quince años desde la desaparición del ausente, o desde que se tuvo noticia cierta de su existencia, u ochenta desde su nupcialto, el juez o instancia de parte interesada, podrá dar la posesión definitiva de los bienes del ausente a los herederos instituidos, si hubiere testamento, y no habiéndolo a los herederos presuntivos el día del presunto fallecimiento del ausente, a los legatarios y a todos los que tengan derechos subordinados a la extinción de su muerte.

Art. 123.— Con la posesión definitiva queda extinguida y podrá liquidarse la sociedad conyugal.

Art. 124.— Si el ausente apareciese después de dada la posesión definitiva de sus bienes, éstos serán entregados en el estado en que se encuentren, salvo los que con el valor de ellos se hubiesen consumado, pero no podrá exigir el valor de los consumidos, ni las rentas o intereses percibidos por los que hubiesen tenido la posesión definitiva.

Art. 125.— Si el ausente hubiere dejado hijos legítimos, cuyo nacimiento se ignoraba, podrán éstos pedir, y deberá entregárseles, los bienes del ausente, como en el caso de la aparición de éste. Lo mismo se hará si se presentasen los herederos instituidos en un testamento del que no se tenía conocimiento, y los herederos probasen la efectiva muerte del testador.

Art. 545.— La obligación bajo condición suspensiva es la que se ha de existir o no existir, según que un acontecimiento futuro e incierto suceda o no suceda.

Art. 567.— El plazo suspensivo o resolutorio puede ser cierto o incierto. Es cierto, cuando fuese fijado para terminar en designado año, mes o día, o cuando fuese comenzado desde la fecha de la obligación, o de otra fecha cierta.

Art. 572.— Las personas capaces de hacer una renuncia pueden renunciar a todos los derechos establecidos en su interés particular, aunque sean eventuales o condicionales; pero

no a los derechos concedidos, menos en el interés particular de las personas, que en mira del orden público, los cuales no son susceptibles de ser el objeto de una renuncia.

Art. 1191.— Los contratos que tengan una forma determinada por las leyes, no se juzgarán probados, si no estuvieren en la forma prescrita, o si no se hubiese habido imposibilidad de obtener la prueba designada por la ley, o que hubiese habido un principio de prueba por escrito en los contratos que pueden hacerse por instrumentos privados, o que la cuestión versare sobre los vicios de error, dolo, violencia, fraude, simonía, o falsedad de los instrumentos de donde constare, o caso de una de las partes hubiese recibido alguna prestación y se negase a cumplir el contrato. En estos casos son admisibles los medios de prueba designados.

Art. 1192.— Se juzgará que hay imposibilidad de obtener o de presentar prueba escrita del contrato, en los casos de depósito necesario o cuando la obligación hubiese sido contraída por incidentes imprevistos en que hubiese sido imposible formularla por escrito.

Se considerará principio de prueba por escrito, cualquier documento público o privado que pese del adversario, de su coactuante o de parte interesada en el asunto, o que tendría interés si viviere y que haga verosímil el hecho litigioso.

Para el Contrato de Renta Vitalicia.—

Art. 2070.— Habrá contrato oneroso de renta vitalicia, cuando alguien por una suma de dinero, o por una cosa apreciable en dinero, mueble o inmueble que otro le da, se obliga hacia una o muchas personas, pagarles una renta anual durante la vida de uno o muchos individuos, designados en el contrato.

Art. 2071.— El contrato oneroso de renta vitalicia no puede ser hecho bajo pena de nulidad, sino por escritura pública, y no quedará concluido sino por la entrega del dinero, o por la tradición de la cosa, en que consistiere el capital.

Art. 2072.— Si el precio de una renta vitalicia es dado por un tercero, la liberalidad que éste ejerce, por tal medio hacia la persona a cuyo beneficio la renta es constituida, se regula en cuanto a su validez intrínseca y sus efectos, por las disposiciones generales respecto a los títulos gratuitos; mas el acto de la constitución de la renta no está, en cuanto a su validez extrínseca, sometido a las formalidades requeridas para las donaciones entre vivos.

Art. 2073.— Tiene capacidad para contratar la constitución de una renta vitalicia por dinero que diese, el que la tuviere para hacer empréstitos, y tiene capacidad para obligarse a pagarla el que la tuviere para contratar empréstitos.

Tiene capacidad para constituir una renta vitalicia por renta que hiciere de cosas muebles o inmuebles, el que la tuviere para venderlas y tiene capacidad para obligarse e pagarlas, el que la tuviere para comprar.

Art. 2074.- La prestación periódica no puede consistir sino en dinero; cualquiera otra prestación en frutos naturales, o en servicios, será pagadera por su equivalente en dinero.

Art. 2075.- Será nula toda cláusula de no poder al acreedor anajar su derecho a percibir la renta.

Art. 2076.- La renta que constituya una pensión alimenticia no puede ser embargada ni embargada al acreedor.

Art. 2077.- Una renta vitalicia puede ser constituida en cabeza del que da el precio o en la de una tercera persona, y aun en cabeza del deudor, o en la de varios otros. Puede ser creada a favor de una sola persona o de muchas, sea conjuntamente o sea sucesivamente.

Art. 2078.- El contrato de renta vitalicia será de ningún efecto cuando la renta ha sido constituida en cabeza de una persona que no existía al día de su formación, o en la de una persona que estaba atecida, en el momento del contrato, de una enfermedad de la que muere en los treinta días siguientes, aun que las partes hayan tenido conocimiento de la enfermedad.

Art. 2079.- En el caso en que la renta se hubiese constituido a favor de un tercero incapaz de recibir del que ha dado el valor de ella, el deudor no podrá rebuocar satisfactoria. Ella debe ser pagada al que ha dado el capital, o a sus herederos hasta el momento prescrito por el contrato para su extinción.

Art. 2080.- El deudor de una renta vitalicia está obligado a dar todas las seguridades que hubiese prometido, como fianza o hipoteca, y a pagar la renta en las épocas determinadas en el contrato.

Art. 2081.- La renta no se adquiere, sino en proporción del número de días que ha vivido la persona en cabeza de quien la renta ha sido constituida. Pero si se ha convenido que la renta fuese pagada con anticipación, cada término es adquirido por entero por el acreedor desde el día en que el pago ha debido ser hecho.

Art. 2082.- El acreedor que exige el pago de una renta vencida, debe justificar la existencia de la persona en cabeza de quien la renta ha sido constituida. Toda clase de prueba es admitida a este respecto.

Art. 2083.- La obligación de pagar una renta vitalicia se extingue por la muerte de la persona en cabeza de quien ha sido constituida.

Art. 2084.- Cuando la renta vitalicia fuese constituida a favor de dos o más personas para que la perciban simultáneamente, se debe declarar la parte de renta que corresponde a cada uno de los pensionistas, y si el pensionista que sobrevive tiene derecho a acrecer, a falta de declaración se entiende que la renta les corresponde por partes iguales, y que cada uno en relación a cada uno de los pensionistas que falleciere.

Art. 2085.— Cuando la renta vitalicia es constituida en cabeza de dos o más, a favor del que da el precio de ella o de un tercero, la renta se debe por entero, hasta la muerte de todos aquellos en cabeza de quienes fué constituida.

Art. 2086.— Cuando el acreedor de una renta constituida en cabeza de un tercero, llega a morir antes que éste, la renta pasa a sus herederos hasta la muerte del tercero.

Art. 2087.— Si el deudor de una renta vitalicia no da todas las seguridades que hubiere prometido, o si hubiesen disminuido por hecho suyo las que había dado, el acreedor no puede demandar la resolución del contrato, y la restricción del precio de la renta.

Art. 2088.— La falta de pago de las prestaciones no autoriza al acreedor a demandar la resolución del contrato, si no fué hecho con pacto expreso. Si sólo tendrá derecho para demandar el pago de cada una de las prestaciones no pagadas, como se procede contra cualquier deudor de suma de dinero.

Art. 1134.— Deben ser hechos en escritura pública, bajo pena de nulidad, con excepción de los que fuesen celebrados en subasta pública:

Inc. 3ª) Toda constitución de renta vitalicia.

3. — Del Código Penal

Art. 80.— Se aplicará la pena de reclusión perpetua, o prisión perpetua, pudiendo aplicarse lo dispuesto en el artículo 82,.....

2ª .— Al que matare a otro con alevosía o ensañamiento, por precio, promesa remuneratoria, servicios graves, impulso de perversidad brutal o por veneno, incendio, inundación, descarga de electricidad, explosión o cualquier otro medio capaz de causar grandes estragos.

Art. 83.— Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado.

Art. 85.— Cuando en riña o agresión en que toman parte más de dos personas, resultare muerte o lesiones de las determinadas en los artículos 80 y 81, sin que constare cuáles las causaron, se tendrá por autores a todos los que ejercieron violencia sobre la persona del ofendido y se aplicará reclusión o prisión de dos a seis años en caso de muerte y de uno a cuatro en caso de lesión.

Art. 86.— Si las lesiones fueren las previstas en el artículo 80, la pena aplicable será de cuatro a ciento veinte días de prisión.

Art. 87.— Los que se batieran en duelo, con intervención de dos o más padrinos, mayores de edad, que alijan los armas y arreglen las demás condiciones del desafío, serán reprimidos:

1ª.— Con prisión de uno a seis meses, al que no infiriere lesión a su adversario o sólo le causare una lesión de las determinadas en el artículo 80;

2°.- Con prisión de uno a cuatro años, al que causare la muerte de su adversario o le infiriere lesión de las determinadas en los artículos 90 y 91.

Art. 290.- Serán reprimidos con prisión de seis meses a dos años:

1°.- El que hiciere subir o bajar el precio de las mercaderías, fondos públicos o valores, por medio de noticias falsas, negociaciones fingidas o persuasión o coacción entre los principales tenedores de una mercadería o género, con el fin de no venderla o de no venderla sino a un precio determinado.

2°.- El que ofendiere fondos públicos o acciones u obligaciones de alguna sociedad o persona jurídica, disimulando u ocultando hechos o circunstancias verdaderas o afirmando o haciendo enterar hechos e circunstancias falsas;

3°.- El fundador, director, administrador o síndico de una sociedad anónima o cooperativa o de otro establecimiento mercantil, que publicare o autorizare un balance o cualquier otro informe falso o incompleto, cualquiera que hubiese sido el propósito perseguido al verificarlo.

Art. 301.- Será reprimido con prisión de dos a seis años el director, gerente o administrador de una sociedad anónima o cooperativa o de una persona jurídica de otra índole, que prestare su concurso o consentimiento a actos contrarios a los estatutos, leyes u ordenanzas que los rijan, a consecuencia de los cuales la persona jurídica o la asociación quedare imposibilitada de satisfacer sus compromisos o en la necesidad de ser disuelta.

4.- Ley N° 3948, del 11 de agosto de 1900

Art. 1.- El seguro de vida, constituido en favor de un tercero, es un bien de la exclusiva propiedad de éste, y no responde en ningún caso al pago de las obligaciones que incumban al constituyente a la época de su fallecimiento, salvo por lo que respecta a las cantidades recibidas por el asegurador, las que quedarán sujetas 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 herederos.

Art. 2.- El cónyuge del seguro por los herederos beneficiarios, no podrá a que pueda repudiar la herencia del constituyente constituyente del seguro, o aceptarla con beneficio de inventario.

II.- DISPOSICIONES RECLAMATORIAS APLICABLES
AL SEGURO DE VIDA

1.- Resoluciones del Ministerio de Hacienda de la Nación

Número de la Resolución	Fecha	Asunto
1308	28 - VIII - 1941	La Superintendencia de Seguros está facultada para denegar la aprobación de algunas pólizas, mediante las cuales se pretenda modificar el régimen de prueba de la nulidad del seguro por declaración reticente o falsa del asegurado, estatuida por el art. 498 del Código de Comercio.
1929	31 - XII - 1941	Las pólizas de seguros pueden contener cláusulas que no se sujeten a disposiciones de las leyes de fondo, siempre que esas condiciones contractuales sean aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

2.- Resoluciones de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Número de la Resolución	Fecha	Asunto
129	10 - X - 1940	Modelo de balance para publicación (Compañías de seguros provinciales).
133	27 - VI - 1941	Normas para valuación de inversiones.
222	31 - X - 1941	Modelo de balance para publicación (Sociedades cooperativas y mutuas de seguros).
324	8 - I - 1943	Normas para los depósitos, a orden conjunta, de títulos públicos por aseguradas y agencias de compañías extranjeras.
1012	6 - VII - 1947	Publicidad del Seguro de vida.
1026	14 - VII - 1947	RECAEROS Recargos de emergencia del 5% sobre las primas de los seguros de vida, en concepto de compensación por mayores gastos.
1263	26 - VI - 1948	Obligación de depositar en los Bancos, en custodia o encaje por las entidades aseguradoras, los valores mobiliarios.
1345.	27 - I - 1948	Normas sobre capitales mínimos de las sociedades anónimas, para operar en seguros.
1439	15 - I - 1949	Recargos sobre las primas de los cinco primeros años, en concepto de compensación por las erogaciones imputadas por el decreto 2312/48.
1620	27 - VI - 1949	Normas sobre los balances de publicación.
1639	10 - VIII - 1949	Normas sobre capitales mínimos, prima de emisión y planes de organización y de operaciones.
1766	31 - XII - 1949	Pagos fuera del plazo de gracia en los seguros sobre la vida.

Número de la resolución	Fecha	Asunto
Circular N° 208	24 - IV - 1950	Normas complementarias a que deberán ajustarse las entidades aseguradoras que operan en el ramo de vida.
1918	2 - VIII - 1950	Diversas condiciones a que deben ajustarse las cláusulas de las pólizas de seguros de vida.
2020	29 - XII - 1950	Especificación del precio bruto a cargo del asegurado o contratante en las pólizas de todos los ramos o riesgos.
2189	16 - VII - 1951	Normas sobre capitales mínimos y primas de emisión. Nuevos requisitos.
2190	16 - VII - 1951	Inmovilización de reservas libres y limitación de utilidades para la constitución de reservas de provisión general.
2277	18 - VII - 1951	Implementación de normas de contabilidad y plan de cuentas, con carácter uniforme y obligatorio, a partir del 1° de enero de 1952, para todas las sociedades anónimas, nacionales y provinciales, y para las sucursales y agencias de entidades extranjeras.
2362	5 - V - 1952	Porcentajes de comisión para los productores de seguros en los diversos ramos, conforme al decreto N° 2909/52.

3°.- Régimen legal de la Superintendencia de Seguros (l.c. en 1938).- Disposiciones referentes al seguro de vida.

Punto 8°.- Las sociedades de seguros deberán presentar a la Superintendencia con una anticipación mínima de 15 días del comienzo o cambio de sus planes de seguros, los que se propongan aplicar en sus operaciones, así como los modelos de sus pólizas, sus fundamentos técnicos y las tarifas especificadas detalladamente.-

Tratándose de seguros sobre la vida, deberán acompañar además las tablas de mortalidad y de comutación y otros elementos técnicos en que se funden. Las sociedades que pujan pólizas con participación en los beneficios, deberán indicar el procedimiento adoptado para su adjudicación y distribución a los tenedores de estas pólizas.

Punto 9°.- Las sociedades de seguros en el ramo de vida, podrán incluir en el activo de sus balances el rubro "Comisiones a Amortizar", constituido por las comisiones de adquisición que hayan sido pagadas por los negocios nuevos realizados, las que, a los efectos del rubro "Comisiones a Amortizar", no podrán exceder del límite máximo que fija la Superintendencia de Seguros, dentro del ochenta por ciento del importe de una prima de tarifa anual para períodos de primas de veinte años o más, o vida entera, con disminución del 2% de la prima anual por cada año menor de duración.

Las comisiones a amortizar se establecerán separadamente para cada año de pago.

Serán descargados de esa cuenta y cancelados con pérdida los saldos de las comisiones correspondientes a seguros terminados, caducados o rescindidos que aún falta amortizar.

Las comisiones de seguros de vida al efecto del rubro "Comisiones a Amortizar", serán amortizadas en cinco años como máximo y en una proporción no menor del 20% anual en los balances generales, a contar desde el primer ejercicio en que se inserten en el activo.

Punto 10°.- El inventario y balance de las sociedades aseguradoras se ajustarán a las disposiciones vigentes. Las reservas matemáticas en el ramo de seguros de vida y las reservas para riesgos en curso de los demás ramos se constituirán sin deducción alguna, de manera que aseguren el cumplimiento de las obligaciones de las cuales son la contrapartida.

La Superintendencia verificará que las inversiones representen siempre valores equivalentes.

Punto 11°.- La Superintendencia de Seguros llevará un registro en el que deben inscribirse todos los que actúan como agentes

de seguros de vida. Las compañías de seguros sólo podrán celebrar sus operaciones por intermedio de agentes inscriptos en el registro. La Superintendencia puede suspender al agente o revocar su inscripción cuando se compruebe que no reúne los requisitos que exija para su inscripción o que ha violado las disposiciones a que debe ajustarse.

Punto 12°.- Las primas y las reservas matemáticas puras se calcularán a una tasa que no sea superior al tipo de interés efectivo neto promedio obtenido durante los últimos tres ejercicios, deducido en todo por ciento y nunca a un tipo superior al cuatro por ciento. Si no fuere así, la Superintendencia podrá aplazar por el término de ciento ochenta días a la sociedad para que reconstituya sus reservas siempre que el déficit no la constituyera en manifiesta insolvencia. Transcurrido ese plazo la Superintendencia ordenará a la sociedad que se abstenga de celebrar nuevos seguros, y elevará las actuaciones con el informe correspondiente al Ministerio de Hacienda para su revisión al de Justicia e Instrucción Pública a fin de que la sea ratificada la personería jurídica.

Punto 16°.- Las sociedades que emitan pólizas de vida presentarán anualmente a la Superintendencia de Seguros, con una anticipación no menor de treinta días a la asamblea ordinaria que deba considerarlo, los documentos que se expresan a continuación:

1°.- Una memoria general demostrativa de la marcha y situación económica y financiera.

2°.- Un estado demostrativo: a) del monto de la cartera al inicio y terminación del ejercicio; b) del monto de los nuevos seguros efectuados; c) de las primas cobradas de primer año y de renovación; d) de los siniestros pagados, especificando los que correspondan a riesgos de primer año y si por muerte, invalidez u otra causa; e) de los siniestros pendientes de pago; f) de la caducidad operada, especificando la correspondiente al negocio con una prima anual pagada o menor; g) del importe de los rescates abonados; h) de las pólizas vencidas por expiración de contrato; i) de la clasificación de las pólizas según su plan de emisión.

3°.- Otro estado demostrativo de los intereses y rentas devengados por cada categoría de bienes representativos de sus reservas matemáticas, legales o facultativas y de su capital, y demás datos técnicos que exija la Superintendencia.

4°.- Un inventario y balance general del activo y pasivo con su correspondiente estado de ganancias y pérdidas y planillas complementarias de acuerdo con el formulario que establece la Superintendencia de Seguros.

5°.- El informe del síndico.

La Superintendencia de Seguros deberá establecer un sistema uniforme de contabilidad y determinar la manera en que se confeccionarán las estadísticas y presentarán los balances y estados anuales y trimestrales.

Las sociedades extranjeras presentarán dentro de los noventa días de la fecha de la asamblea anual, los documentos

mencionados en los incisos 1°, 2°, 3°, y 4°, limitándose a las operaciones realizadas en la República. El informe del Síndico será substituido por el del representante que estas sociedades hayan constituido al efecto ante la Superintendencia de Seguros.

4. - Decreto N° 23.350/1939 reglamentario del régimen local de la Superintendencia de Seguros. Disposiciones referentes al Seguro de vida

Artículo 158- Las entidades comprendidas en el artículo 1° de esta reglamentación invertirán sus reservas matemáticas, técnicas, suplementarias, las correspondientes a los fondos de anualización y siniestros pendientes y los depósitos de reservas en garantía retenidos a los cesionarios, una vez deducidos el dinero en efectivo, los depósitos bancarios, los préstamos a los asegurados, las primas vencidas a cobrar, y fracciones de primas a vencer (Sección Vida) y los depósitos de reservas en garantía retenidos por las compañías cedentes, únicamente en los siguientes bienes; prefiriéndose siempre los que supongan mayor liquidez y suficiente rentabilidad y garantía:

a) Fondos públicos de o garantizados por la Nación; b) Fondos públicos de o garantizados por las provincias o municipalidades; c) Títulos públicos de países extranjeros, hasta el importe de las reservas matemáticas correspondientes a pólizas emitidas en monedas de esos países siempre que los mismos países admitan reciprocidad con los TÍTULOS de la deuda pública nacional; d) Obligaciones o debentures con garantía especial, en primer grado, o con garantía flotante siempre que, en ambos casos, los bienes afectadas estén radicados en el país; e) Préstamos hipotecarios, en primer grado, sobre inmuebles situados en la República Argentina; f) Inmuebles situados en la República Argentina; g) Acciones de sociedades anónimas constituidas en la República Argentina, o de extranjeras comprendidas en la ley 5520; o de extranjeras que tengan por principal objeto la organización de servicios públicos dentro de la Nación; h) Préstamos garantizados con títulos, obligaciones, debentures y acciones indicadas precedentemente.

III.-JURISPRUDENCIA

ABANDONO DE POSICIONES.-Haciendo el asegurador abandono del juicio, deben dársele por abusivas las posiciones en rebeldía y proveer en cuanto se relaciona con el reconocimiento de los documentos que afectan los derechos de los beneficiarios.- (Suárez Angel Custodia v. La Anglo Italo Americana-Cámara Comercial, agosto 3 de 1939).-G.C.Pedemonte-Tomo IX, pág. 273- Seguro de Vida.-J.A.

ABREVIACION.-La prescripción de las acciones en los seguros de vida no es cuestión de orden público, y en consecuencia, el término puede ser libremente pactado por las partes contratantes. (la. Instancia, 7 de febrero de 1923.-Cámara Comercial, febrero 24-1924-María G. de Schiegarí v. La Italo Argentina).-G.C. Pedemonte-Tomo I- Seguro de Vida.-J.A.

ACCIDENTE. No probada por el asegurado la extensión que dió a la lesión sufrida, para justificar la indemnización que reclama, procede condenar a la compañía aseguradora al pago de la suma que voluntariamente reconoció además por dicho accidente, e imponer al actor las costas que son de juicio.-Cámara Comercial, octubre 31-1911.-Francisco Galloway v. "La Republica".-G.C. Pedemonte-Tomo I- Seguro de Vida.-J.A.

ACCIDENTE.-Ocurrido el fallecimiento de un obrero de un establecimiento industrial, cuyo personal se encontraba asegurado por una póliza colectiva y alegado por la compañía aseguradora, que la muerte se produjo por un accidente de trabajo; no resultando del sumario instruido a raíz del hecho, acto delictivo alguno, y siendo inverosímil el suicidio; y aún admitiendo que la muerte se produjo por imprudencia del mismo obrero, cabe condenar a la compañía aseguradora al cumplimiento del riesgo que tomó a su cargo. (la. Instancia, diciembre 10-1914.-Cámara Comercial, noviembre 20-1915.-Carmen Fernández de Rodríguez v. "La Rural").

ACCIDENTE.-Acaecido el accidente dentro del mes de gracia acordado por la Compañía para el pago de la prima al asegurado, esta debe la indemnización de acuerdo a lo pactado. (Instancia de la. Instancia, febrero 3-1917.-González Joaquín v. La Nación).-G.C. Pedemonte-Tomo I- Seguro de Vida.-J.A.

ACCIDENTE.- El concurso de uno de los socios de una sociedad colectiva no tiene acción para demandar al asegurador por el cobro de un seguro por la muerte de un obrero de la sociedad. (la. Instancia, septiembre 3-1923.-Cámara Comercial, Julio 23-1924.-Don José (su suc.) v. "La Yacabillería").-G.C. Pedemonte-Tomo I- Seguro de Vida.-J.A.

ACCIDENTE.-La intoxicación de óxido de carbono no es medio violento ni traumático que autorice el pago de la doble indemnización.

ción establecida en la póliza para el caso de fallecimiento como consecuencia directa de lesión corporal producida exclusivamente por medios externos, de modo violento y accidental. No habiéndose producido el fallecimiento como consecuencia directa de lesión corporal, producida exclusivamente por medios externos de modo violento y accidental, pactado para la doble indemnización, puesto que el fallecimiento por intoxicación de óxido de carbono, si bien es accidente no es medio violento ni hay traumatismo, no procede la acción que persigue el pago de dicha doble indemnización. (La Instancia, diciembre 29-1930.-Cámara Comercial, junio 5 de 1932.-Pacheco de Robble Amalia v. "La Anglo Ita lo Americana").-C.C. Fedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

ACCIDENTE.- Si el asegurado se vió envuelto súbitamente en un accidente en 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 y de recibir, que según la póliza hacía perder a los beneficiarios del seguro, el derecho a la indemnización. (Maselagua Alfredo Aguatía v. "La Continental". La Instancia, Agosto 18-1932.- Cámara Comercial, marzo 13-1934).-C.C. Fedemonte-Tomo III, pág. 216-Seguro de Vida.-J.A.

ACCIDENTE.- El seguro de vida no concebido y formalizado sólo en previsión del curso normal y de la vida del asegurado, comprende también el riesgo resultante de un accidente de tránsito. (La Positiva v. "Ferrocarril del Sud", La Instancia, Noviembre 27-1931.-Cámara Comercial, abril 30-1933).-C.C. Fedemonte-Tomo III, pág. 53-Seguro de Vida.-J.A.

ACCIDENTE.- Habiéndose probado que la muerte del causante se produjo en un accidente, y que no fué consecuencia de un suicidio, procede condenar al asegurador al pago del seguro.-(Braslarsky de S. Sina v. La Economía Comercial.-Cámara Comercial, junio 30-1936).-C.C. Fedemonte-Tomo IV, pág. 197-Seguro de Vida.-J.A.).-(La Ley-Tomo 3-pág. 765).-

ACCIDENTE.- La compañía aseguradora no puede alegar que la causa directa, exclusiva y determinante de la muerte del asegurado no ha sido el accidente sufrido, como lo requería la póliza, sino la diabetes oculta que padecía, si la pericia médica y demás pruebas aportadas sólo permite asseverar que una toxemia que tuvo como punto de partida la herida originó un proceso cuyo fin fué la muerte del paciente, sin que pueda afirmarse la existencia de una diabetes preexistente, ni tampoco excluir la posibilidad de que esa diabetes pudo tener su origen en dicho estado infeccioso.-(Cámara Comercial, noviembre 19 de 1937).-La Ley-Tomo 9, pág. 142.-

ACCIDENTE.- Si por las condiciones de una póliza de tal se cubren los accidentes que podrían determinar una inhabilitación del asegurado, y también otros no especialmente anunciados, corresponde interpretar la ambigüedad del término en forma extensiva, a saber, en contra del asegurador que redactó dichas condiciones.-(El revano José Manuel v. La Equitativa del Plata.-Cámara Comercial, julio 6-1938).-C.C. Fedemonte-Tomo IX, pág. 83-Seguro de Vida.-J.A.

ACCIDENTE.- Probada como consecuencia de un accidente la inhabilitación completa del brazo izquierdo, no sólo con los dictámenes periciales, sino también por abundantes radiografías, esta inhabilitación debe equipararse a la pérdida total del miembro lesionado. (Farreres Francisco v. La Equitativa del Plata.-Cámara Comercial, diciembre 25-1938).-C.C. Fedemonte-Tomo IX, pág. 284.-

guro de vida.-J.A.

ACCION. Falta de.- No estando en vigor el seguro cuando el hecho se produjo, por no haberse pagado la prima correspondiente dentro de su plazo y prórroga acordada, contada desde que el seguro se contrató, y no desde que la póliza se firmó, no puede prosperar la demanda por cobro del seguro. (la. Instancia, noviembre 17-1923.-Cámara Comercial, abril 6-1925).-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

ACCION. Falta de.- Probado que el socio no había pagado dos mensualidades de su seguro de vida, y haciéndolo este hecho perder el derecho a toda beneficio, no procede la acción por cobro de la indemnización pretendida, ya que los recibos posteriores no prueban el pago de los anteriores que se ha demostrado fueron hechos, y a lo que no puede obstar la insatisfacción de la demanda. (la. Instancia, marzo 11-1929.-Cámara Comercial, mayo 26-1930.-Corballo de A. Abrazosa María v. Estabilidad Postal y Telográfica).-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

ACCION. Falta de.- El petron que por condena judicial ha pagado la indemnización reclamada por la víctima, para exigir del asegurador la reintegración, debe acreditar haber cumplido las obligaciones que la póliza le imponía, en el sentido de otorgar poder al abogado y procurador designado por el asegurador y suministrar a éste oportunamente los antecedentes necesarios de la acción entablada. (Cámara Comercial, septiembre 27 de 1923.-Pittipaldi v. Instituto de la Argentina de Seguros Generales).-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

ACCION. Falta de.- El cónyuge superviviente, al haber iniciado el juicio sucesorio del cónyuge fallecido, no puede pretender que el juez ordene el depósito a su orden de un seguro constituido por el causante a favor de un tercero. Rechazado por inoponible al pedido del cónyuge superviviente para que el juez ordene el depósito a su orden de un seguro constituido por el causante a favor de un tercero corresponde devolver a éste el escrito en que pretende se le tenga por parte. (la. Instancia, noviembre 13-1921.-Cámara Comercial, noviembre 17-1922).-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

ACCION. Falta de.- La compañía aseguradora carece de acción para repetir del responsable del accidente de tránsito la indemnización por seguro de vida pagado por la víctima y pagado a los beneficiarios. (la. Instancia v. Ferrocarril del Sud.-la. Instancia, noviembre 27-1921.-Cámara Comercial, abril 30-1923).-G.C. Pedemonte-Tomo III, pág. 83-Seguro de Vida.-J.A.

ACCIONES del asegurado y/o beneficiarios.- El día las acreedoras personales de los beneficiarios de un seguro de vida pueden gozar el embargo de los fondos provenientes de él, este principio no es aplicable cuando el acreedor ha entablado demanda contra el causante. (Barrón Domingo, v. Cepedeo de Jorge Lebal, la. Instancia, mayo 24-1924).-G.C. Pedemonte-Tomo III, pág. 90-Seguro de Vida.-J.A.

AVISO del fallecimiento.- El hecho de que el asegurador alegue no haber recibido las comunicaciones del fallecimiento, no es motivo para negar el pago del siniestro, más aún si se prueba fehacientemente el envío y recepción de dichas comunicaciones. (Flores Joaquin v. La Anglo Italo Americana.-Cámara Comercial, junio 23-1924.-G.C. Pedemonte-Tomo II, pág. 293-Seguro de Vida.-J.A.

BENEFICIARIOS. - Las compañías de seguros sobre la vida deben abonar al beneficiario, justificado el fallecimiento del asegurado, el importe de la póliza sin que puedan en ningún caso justificar la retención alegando la existencia de herederos o acreedores del beneficiario. (Ia. Instancia, 23 de mayo de 1922. - José Luis Pieggi v. "La Právisora". - G.C. Pedemonte. Tomo I-Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - El seguro de vida es de la exclusiva propiedad de las personas a cuyo favor se constituye, no pudiendo ser inscrito en el acervo hereditario. (Ia. Instancia, mayo de 1922. - Cámara Comercial, septiembre 25-1922. - Alcorta (su sucesión). - G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - El término "hijos" comprende a todos los hijos del estipulante que nacían a su fallecimiento, nacidos antes o después de la estipulación. (Ia. Instancia, mayo 16-1922. - Cámara Comercial, septiembre 25-1922. - Alcorta (su sucesión). - G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIOS. - El seguro de vida, cuyos beneficiarios son los hijos del contratante, comprende a los del primero y segundo matrimonio, aun cuando éste último no se hubiera celebrado a la época en que el seguro se constituyó, si sus hijos hubieran nacido, quedando excluida la segunda esposa de toda participación en el seguro. - (Ia. Instancia, mayo 16-1922. - Alcorta, septiembre 25-1922. - Alcorta Pedro (su sucesión). - G.C. Pedemonte, Tomo I-Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - La ley 2542 considera el producto del seguro como un bien ajeno al acervo hereditario, como un derecho propio del beneficiario, pero no lo privará salvo el caso de dispensa del deber de calificar, como siempre libera a la esposa del importe de las primas cuando ella recoge el capital asegurado. (Ia. Instancia, julio 15-1922. - Cámara Comercial, junio 30-1923. - Romasanta de S. v. Coyenechen de González Romasanta). - G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - La sociedad conyugal será siempre acreedora del seguro beneficiario de un seguro, porque el contrato sólo ha podido subsistir mediante los desembolsos hechos a costa de la caja social. - (Cámara Comercial, junio 30-1923. - Romasanta de González v. Coyenechen de González Romasanta). - G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - Habiéndose establecido como beneficiaria a la esposa del asegurado, y en su defecto a sus herederos, procede la falta de acción opuesta por el asegurador a la madre que deduce la acción a su favor de sus hijos menores. (Cámara Comercial, julio 29-1927. - Alfredo de Olinara Paulina v. "La Mundial"). - G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - Corresponde hacer lugar a la acción de la esposa y beneficiaria, por sobre del seguro de vida, si se ha sobreseído definitivamente en el sumario criminal instruido como causa de la muerte de su esposo por haber concurrido en el hecho la gítima defensa de su parte. (Cámara Comercial, octubre 15-1920. - Pasquetti de Veronelli v. La Positiva). - G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - Los beneficiarios mayores de edad pueden exigir la entrega inmediata que a ellos corresponde en la suma depositada

da por concepto de seguro de vida, sin el trámite previo de la transferencia de esos fondos a los autos sucesorios del conyugente del seguro. - La parte pertinente al menor beneficiario de un seguro de vida, debe transferirse a la orden del juez de la tutela y no a la orden del Juez de la sucesión del conyugente del asegurado. (Cámara Comercial, octubre 26-1931. - "Roma" v. de Sic). - G.C. Pedemonte - Tomo I - Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - La designación de hijos o herederos formulada por el causante, para que en entregos el importe de la ayuda mutua establecida entre los socios, no les quita a los sucesores la condición de terceros beneficiarios a que se refiere el artículo 1° de la ley 8942. (Cámara Comercial, agosto 31-1934). - G.C. Pedemonte - Tomo III, pág. 90 - Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - Habiendo surgido controversias entre los beneficiarios que alegan sobre el mismo seguro, corresponde substanciar en juicio ordinario las diferencias suscitadas. - (Teresa Bongiorno de Maggi v. s. de Amparo del Banco Hipotecario Nacional. - Cámara Comercial, marzo 23-1933). - G.C. Pedemonte - Tomo III, pág. 51 - Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - Decedida la acción por cobro del seguro, por la esposa e hijos del asegurado y no por la sucesión de éste, procede ella, desde que el seguro es propiedad de sus beneficiarios, y así corresponde condenar el pago del mismo. (Pastor de Coronado A. N. de v. La Argentina Uruguay. - la. Instancia, julio 30-1934. - Cámara Comercial, agosto 26-1935). - G.C. Pedemonte - Tomo III, pág. 157 - Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - A la compañía aseguradora no puede interesarle el número de personas con derecho a indemnización, pues en todos los casos debe depositar el importe total con prescindencia de ese número. (C. Fed. Bahía Blanca, ab. 23-1934). - La ley - Tomo 2 - pág. 772.

BENEFICIARIO. - La suposición de que existen otros herederos o de que un testamento carezca de derecho sucesorio, no excusa a la compañía aseguradora de proceder en todo caso de acuerdo con los arts. 756 y siguientes del código civil (C. Fed. Bahía Blanca, ab. 23-1934). - La Ley - Tomo 2 - pág. 772.

BENEFICIARIO. - No es nulo el seguro cuando el asegurado al designar beneficiario, le atribuye el carácter de esposa legítima sin serlo legalmente, siempre que se individualice la persona y el vínculo de hecho que tenía con el causante. (Cámara Comercial, noviembre 16-1936). - G.C. Pedemonte - Tomo V, pág. 55 - Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - El asegurado no puede al contratar un seguro, medir el alcance ni la extensión del contrato en cuanto a la posibilidad de pérdidas para el asegurador, porque éste es completamente contrario a las finalidades que se propuso y a la esencia de la naturaleza de dicho contrato. (Poblete Hilda A. P. de v. La Financiera. - Cámara Comercial, septiembre 7-1938). - G.C. Pedemonte - Tomo VIII, pág. 51 - Seguro de Vida. - J.A.

BENEFICIARIO. - Suscitado un desacuerdo entre el asegurador y el beneficiario de un seguro de vida, el Juez que entiende en el caso no puede pronunciarse sobre cuestiones que no le fueron expresamente sometidas por las partes, por lo cual la sentencia así dictada es nula y sin valor. (Morano Andrés v. Sud América. - Cámara Comercial, noviembre 30-1938). - G.C. Pedemonte - Tomo IX, pág. 29 - Seguro de

vida.-J.A.

BENEFICIARIOS.- 1.-Procede declarar justificada la demanda por consignación, cuando los elementos de juicio acumulados tienen apoyo legal y se demuestra el carácter dudoso del beneficiario acreedor que debe recibir el importe de un seguro de vida.-2.- Si el asegurado manifiesta a la Compañía, de manera inequívoca, su voluntad de substituir la beneficiaria instituida en la póliza, aun cuando no llene las formalidades que la misma establece a tal efecto, procede aceptar aquella expresión de voluntad y declararla válida.- (San-América v. Massot Arteaga Leonor y Matas Barra Barriola.- Cámara Comercial, marzo 16-1939).- G.C. Fedemonte-Tomo X, pág. 374-Seguro de Vida.-J.A.

BENEFICIARIOS.- La circunstancia de que la beneficiaria de un seguro de vida alegue que ignoraba la existencia del mismo-procediendo del hecho que el asegurado no había pagado la primera anualidad-no justifica la aplicación del artículo 3380 del Código Civil, porque la facultad judicial de liberar al acreedor de las consecuencias de la prescripción supone la existencia de causas de carácter general que determinan la imposibilidad de ejercitar las acciones sujetas a la prescripción.- (Morales Angela Vitale v. La Equitativa del Plata.- Cámara Comercial, marzo 24-1939).- G.C. Fedemonte-Tomo IX, pág. 280-Seguro de Vida.-J.A.

BENEFICIARIOS.- Si los beneficiarios de un seguro de vida-hijos del asegurado-son seis y el importe cuatro de ellos deducen la acción por sobre de la póliza, el asegurador sólo debe pagar las cuatro sextas partes del total del seguro contratado.- (Suarez Angel Custodio v. La Anglo Italo Americana.- Cámara Comercial, agosto 3-1939).- G.C. Fedemonte -Tomo IX, pág. 278 -Seguro de Vida.- J.A.

ENDIAGMS

BENEFICIARIOS.- Cuando el beneficiario instituido en la póliza fallece antes que el asegurado, el nuevo beneficiario que designa tiene obligación de colacionar el importe total de las primas pagadas desde la iniciación del seguro -y no solamente las pagadas desde la fecha de su designación-, en razón de la unidad del contrato que, únicamente así, pudo mantenerse en vigor cobriendo todas las primas convenidas.- Si el importe de las primas pagadas excede al importe del seguro, el beneficiario debe colacionar la totalidad del mismo.- (Escudero Alberto y otros v. Escudero Amelia y otros.- Cámara Civil la., octubre 2-1939). G.C. Fedemonte-Tomo IX, pág. 286 -Seguro de Vida.- J.A.

Obligación de colacionar.- No llega a la conclusión de que el seguro de vida constituido a favor de terceros, es un bien de exclusiva propiedad del beneficiario, por colación de las reglas sobre estipulación a favor de terceros, previstas en los arts. 504, 1161 y 1162 del Código Civil.- (Cámara Civil la. capital, octubre 2 1939.- Escudero A. y otros c. Escudero Amelia y otros).- La Ley, 12-1939 -Repertorio III -Seguro de Vida J.A.

TERCEROS BENEFICIARIOS.- Calidad de beneficiario.- Por aplicación de las reglas sobre estipulación a favor de terceros, se presume que la primera beneficiaria del seguro de vida que ha sido substituida, nunca ha tenido derecho alguno sobre la suma estipulada y que sus beneficios, por el efecto retroactivo, ha correspondido a los beneficiarios designados con posterioridad a partir del día mismo en que se firmó la póliza.- Cámara Civil la., capital, octubre 2 de 1939.- Escudero Alberto y otros c. La

oudero, Amalia y otras.- La Ley, 18-1933, Rep. III -Seguro de Vida- J.A.

-Las primas colacionables sólo alcanzan al capital que el heredero beneficiario del seguro de vida ha recibido, cuando el asegurado haya pagado en total una suma superior.- (Cámara Civil la. capital, octubre 2-1933.- Escudero Alberto y otros c. Escudero Amalia y otros.-) La Ley 18-1933-Repertorio III -Seguro de Vida- J.A.

-Los herederos que han sido designados por el asegurado beneficiario del seguro de vida constituido exclusivamente por ésta a favor de su esposa premuerta, están obligados a solacionar las primas pagadas desde la constitución del contrato de seguro, y no desde la sustitución de la primera beneficiaria.- (Cámara Civil la. capital, octubre 2 1933.) Escudero A. y otros, c. Escudero Amalia y otros.- La Ley, 18-1933-Repertorio III -Seguro de Vida- J.A.

-Las primas del seguro de vida son colacionables por haberes extraños al importe del patrimonio del "de cujus", es decir, que constituye uno de los objetos propios de la colación a cuyo régimen del código civil quedan sometidas, procediendo de la naturaleza jurídica del seguro, pues no mediara una donación sino una simple liberalidad.- (Cámara Civil la. capital, octubre 2-1933.- Escudero Alberto y otros c. Escudero Amalia y otros.) La Ley, 18-1933-Repertorio III -Seguro de Vida- J.A.

Sustitución del beneficiario.- El ejercicio de la facultad que se reservó al asegurado de designar la persona del beneficiario del seguro de vida no significa modificar las condiciones de la póliza, ya que para el asegurador no tiene importancia ni interés, el nombre del nuevo beneficiario instituido.- (Cámara Civil la capital, octubre 2-1933.- Escudero Alberto y otros c. Escudero Amalia y otros.) La Ley, 18-1933-Repertorio III -Seguro de Vida- J.A.

BENEFICIARIOS.- Las primas colacionables sólo alcanzan al capital que el heredero beneficiario del seguro de vida ha recibido, cuando el asegurado haya pagado en total una suma superior.- (Cámara Civil la., octubre 2-1933.- Escudero Alberto y otros c. Escudero Amalia y otros.) La Ley -Repertorio III-Seguro de Vida- J.A.

RELACION BENEFICIARIO.- La relación entre asegurador y beneficiario en el seguro de vida se justifica por la teoría de la gestión de negocios, aceptada en la Ley civil. Aparte de mediar un verdadero contrato en el cual se presta un beneficio para el tercero.- (Cámara Civil la. capital, octubre 2-1933. Escudero Alberto y otros c/ Escudero Amalia y otros.) La Ley 18-1933-Repertorio III -Seguro de Vida- J.A.

BENEFICIARIOS.- Procede la devolución a los herederos beneficiarios de un seguro de vida, de los avales que en concepto de impuesto a los Herederos hubiere percibido el Fisco.- (Carreteras de Pinasco para M. v. Gobierno de la Nación.- Cámara Federal de la Capital, julio 18-1930) O.G. Poderes-Tercer X pág 374-Seguro de Vida- J.A.

BENEFICIARIO.- Siendo que la vigencia del seguro de vida municipal, estaba suspendida, según la ordenanza que lo creó, el pago de la prima prima, el empleado que fallece no deja a sus herederos derecho alguno, si se prueba que no hizo el aporte indispensable exigido para dar origen a ese derecho.- (Cámaras Civiles v. Municipalidad de Buenos Aires.- Cámara Civil II, agosto 9-1940) C.C. Fedononta, Tomo X, pág. 221 -Seguro de Vida- J.A.

Obligación de colacionar.- La doctrina que atribuye al beneficiario del seguro la propiedad exclusiva de la suma asegurada, está definitivamente aceptada y, entre nosotros, la consagra en forma categórica la Ley 3912, complementaria del Código Civil.- Superior Tribunal Santa Fe, Sala II, Julio 4 de 1941.- Gómez de Cobarr, Cornalia o. Courlig, Barrios y otros. La Ley, 27-352 -Rep. III -Seguro de Vida- J.A.

-Cuando el beneficiario del seguro tiene también la calidad de heredero del constituyente, la suma asegurada no debe incluirse en el acervo hereditario, aunque la herencia se haya aceptado pura y simplemente.- Superior Tribunal Santa Fe, Sala II, Julio 4 de 1941.- (Gómez de Cobarr, Cornalia o. Courlig, Barrios y otros.) La Ley, 27-352 -Repertorio III -Seguro de Vida- J.A.

TERCER BENEFICIARIO.- La circunstancia de que la actora no haya acreditado su estricción con el compuesto no puede enervar su acción por cobro del seguro mutuo, si éste instituyó como beneficiario del seguro a "su esposa N.M. de X", coincidiendo el nombre y apellido indicados con los que lleva la citada actora, persona que hizo vida en común con el consentido durante largo tiempo.- (la. Instancia consentida, capital noviembre 13-1941 C. de R., S. C. Asociación Mutualista de Empleados del Dep. Esc. de Higiene) La Ley, 24-726 -Repertorio III -Seguro de Vida. J.A. 24-726

BENEFICIARIO.- El beneficiario del seguro de vida tiene derecho al importe íntegro del seguro, si se pactó que percibiría el excedente de capital se paga por el patrón por indemnización conforme a la Ley 11.729, y no existen herederos.- (Cámara Civil 1a, capital, diciembre 26-1942-Fasoli Angel aud.) La Ley-Rep. 7.- Seguro de Vida- J.A. J.A. 942-I-605.

BENEFICIARIO.- Si el beneficiario de un seguro de vida -con mayor razón si de un seguro mutuo, en los cuales hay que estar siempre por la solución más favorable al asociado- dado los civiles del mismo, no existe al producirse el deceso del estipulante, sea por no haberse atribuido el beneficio a una persona determinada, por no sobrevivir o por no aceptar el subsidio, el contratante adquiere contra el asegurador el derecho que entra en su patrimonio y a su muerte lo pasa a sus herederos, conforme a las reglas del derecho sucesorio.- (Cámara Civil 2da, capital, septiembre 21-1943.- Cámara de Impedimento María S. o. Jockey Club.) La Ley 32-344-Rep. 7. - Seguro de Vida- J.A.

TERCER BENEFICIARIO.- Es válida la substitución del beneficiario de un seguro de vida si no se ha probado que, en el momento que según los testigos firmó la transferencia hasta la fecha en que fué presentado la solicitud en la sociedad mutua, aquél se encontraba incapacitado, probándose satisfactoriamente.

toriamente el cambio en razón de la antigua existencia que los unía y de la protección dispensada por el beneficiario al causante. - (Cámara Civil de Capital, marzo 21-1944. - Fernández Janda c. Centro Unida Viajeros y Representantes del Comercio y de la Industria.) La Ley-Reportorio VI-Seguro de Vida - J.A. de 189-404.-

TRASPASO BENEFICIARIO. - Dado juzgado que es un seguro en beneficio del empleado o de sus causahabientes, el contratado por el patrón en favor de defunciones de empleados, pasará por igual, con expresa reserva de su derecho de reemplazarlos en el supuesto que dejen de estar a su servicio. - (Cámara Comercial Capital, octubre 19-1944. - González de Soria, Conde de c. La Herrera Argentina Cía de Seguros.) La Ley, 36-796-Rep. VI-Seguro de Vida - J.A.

TRASPASO BENEFICIARIO II. - Los fondos correspondientes a un subsidio, que presente una naturaleza equivalente a la del seguro de vida, son ajenos al juicio sucesorio, de manera que los interesados deben plantear la cuantía referente al mejor derecho sobre los bienes que correspondan. (Cámara Civil de Capital, octubre 19-1947 - Aronillas, Julio and La Ley, 48-44K - Rep. IX - Seguro de Vida - J.A.

TRASPASO BENEFICIARIO III. - La válida la designación de beneficiarios indeterminados para determinables (en el caso, herederos legítimos). (Cámara Comercial Capital, diciembre 16-1947 - S. de S. M. S. c. La Rural Cía de Seguros.) - La Ley 49-611-Reportorio X - Seguro de Vida - J.A.

TRASPASO BENEFICIARIO IV. - La asamblea general que aprobó el pago del capital a los herederos en defecto de designación de un beneficiario, importa el nombramiento de dichos herederos por sí los. (Cámara Comercial Capital, diciembre 16-1947 - S. de S. M. S. c. La Rural Cía de Seguros.) - La Ley, 49-611-Reportorio X - Seguro de Vida - J.A.

TRASPASO BENEFICIARIO V. - El beneficiario adquiere un derecho propio al capital asegurado, que no tiene vinculación con el patrimonio del asegurado. (Cámara Comercial Capital, diciembre 16-1947 - S. de S. M. S. c. La Rural Cía de Seguros.) La Ley 49-611 - Reportorio X - Seguro de Vida - J.A.

VALIDEZ. - La enfermedad del asegurado, que por su gravedad no le permita ocuparse de esos asuntos, importa fuerza mayor perfectamente caracterizada, y la falta de pago del seguro en esas condiciones no basta para declarar la caducidad de la póliza. - (Cámara Comercial 12 de setiembre de 1936 - María Schutt G. de v. "La Equitativa de los A.S.U.S.") C.C. Fedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

VALIDEZ II. - La acción judicial sobre rescisión del contrato del seguro de vida no basta para suspender los efectos de la caducidad si no se pagen en oportunidad las cuotas estipuladas. - (Cámara Comercial, 22 de Julio de 1939 - Esteban Chaires y. "La Busca Aírea") C.C. Fedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

VALIDEZ III. - La falta de pago de las primas en las fechas convenidas en el contrato de seguro de vida hace caducar el con-

trato.- (Cámara Comercial, 30 de noviembre de 1897 - Catalina V. de Caharrout v. "La Equitativa de los E.E.U.U.") G.C. Pedemonte -Tomo I- Seguro de Vida- J.A.

CANCELACIÓN.- No puede considerarse caduca una póliza de seguro de vida, aunque se haya dejado de pagar las primas o si vencidas, si cuando se estableció la denuncia por rescisión, dicha póliza se hallaba vigente.- (Cámara Comercial, octubre 6 de 1917 -Fernández Evaristo v. "El Cémit".) G.C. Pedemonte -Tomo I- Seguro de Vida- J.A.

CANCELACIÓN.- La compañía aseguradora debe pagar el seguro de vida, y los costes del juicio originado por su negativa, cuando el siniestro se produce estando vencido o impago un documento a la orden recibido en pago de la prima, situación en que la compañía continúa persiguiendo su cobro, en vez de declarar caduca la póliza conforme a una de sus cláusulas que disponía la caducidad en la fecha de vencimiento del pago no levantado.- (Fernández J.A. Sotelo de V. La Continental - la Instancia, novie bra 22 de 1934 - Cámara Comercial, diciembre 30-1935).- G.C. Pedemonte -Tomo III - pág. 182- Seguro de Vida- J.A.

CANCELACIÓN.- Si el asegurador al reclamar el pago de documentos vencidos, no declara la caducidad de la póliza, las peticiones para el cobro de dichos documentos son consideradas como una prórroga del plazo estipulado, a pesar de lo que se establece al respecto en las condiciones generales del contrato.- (Cámara Comercial, septiembre 7-1936.) G.C. Pedemonte -Tomo V- pág. 22- Seguro de Vida- J.A. La Ley Tomo 2 - pág. 118.

CANCELACIÓN.- Tratado que los ^{beneficiarios} otorgados a favor del asegurador, eran en pago de ^{la prima} del seguro, no puede declararse la caducidad de la póliza por falta de pago de las primas correspondientes. (Gagliolo Enrique F. v. La Anglo Italo Americana.- Cámara Comercial, Abril 17-1937) G.C. Pedemonte, -Tomo VI, pág. 199- Seguro de Vida- J.A. La Ley Tomo 2- pág. 183.-

COLACIÓN.- Las primas que paga el asegurado para mantener la vigencia de un seguro de vida y hacer procedente la oportuna prestación del asegurador, son colacionables y quedan sujetas al régimen del Código Civil.- Cuando el beneficiario instituido en la póliza fallece antes que el asegurado el nuevo beneficiario que designa tiene obligación de colacionar el importe total de las primas pagadas desde la institución del seguro -y no solo ante las pagadas desde la fecha de su designación-, en razón de la unidad del contrato que, únicamente así, pudo mantenerse en vigor mediante todas las pagas convenidas.- Si el importe de las primas pagadas excede al importe del seguro, el beneficiario debe colacionar la totalidad del mismo.- (Acuña Alberto y otros v. Acuña Amelia y otros -Cámara Civil la. octubre 2-1939-) G.C. Pedemonte, Tomo IX, pág. 566 -Seguro de Vida- J.A.

CONTRATO.- Las cláusulas de una póliza de seguros excluyendo al asegurador de la indemnización en caso de suicidio, son lícitas, aun en el caso de que el suicidio hubiese aconeci-

do en un momento de demencia. (1908, Juez Dr. Castillo (Sin apelación).- G.C. Pedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO.- No basta, para que quede afectada la validez del contrato, la existencia de declaraciones falsas o de retenciones sobre circunstancias conocidas del asegurado; es absolutamente necesario a tales efectos, según el art. 498 del Código de Comercio que una y otras hubieran impedido el contrato o modificado sus condiciones, a juicio de peritos. Corrá de la Jurisdicción de los tribunales esta apreciación. - Cámara Comercial, octubre 26-915 - Villafañe de San Martín v. "The River Plate".) G.C. Pedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO.- El asegurador cumple con su obligación depositando el importe del seguro a la orden del juez competente. (Teresa Bongiorno de Raggi v. "Asociación de Empleados del Banco Hipotecario Nacional" - 1a. Instancia, diciembre 7-1933 - Cámara Comercial, marzo 29-1935.) - G.C. Pedemonte - Tomo III pág. 51 - Seguro de Vida) J.A.

Formas del CONTRATO.- El seguro de vida no concebido y formalizado sólo en previsión del curso normal de la vida del asegurado, comprende también el riesgo resultante de un accidente de tránsito.- (Cámara Comercial capital abril 30-935).- La Ley - Tomo 3 - pág. 765.

Seguro Mutuo.- Las causales de pérdida del beneficio del seguro mutuo establecidas en los estatutos de una asociación de asegurados administrativos, constituida con fines de previsión social, deben considerarse con un criterio tolerante en favor del empleado, o de sus beneficiarios. (Cámara Civil 2a. capital abril 29-936) La Ley - Tomo 2 - pág. 828.

Seguro Mutuo.- La circunstancia de que en el escrito inicial se haya reclamado una suma determinada por el beneficiario de un seguro mutuo, sin que la demandada al evocar el traslado correspondiente y pedir el rechazo total de la demanda formulase observación alguna sobre el punto, no impide que la Cámara, en cuanto reconoce el derecho de la actora, ordene que la liquidación se efectúe de acuerdo con las disposiciones terminantes de los estatutos de la asociación demandada y con los antecedentes traídos por ésta a los autos en la expresión de agravios. (Cámara Civil 2a. capital abril 29-936.) La Ley - Tomo 2 - pág. 828.

Seguro Mutuo.- No procede declarar perdido el derecho de la viuda del asociado al beneficio del seguro mutuo, aun cuando el causante haya incurrido en mora en el pago del número de cuotas mensuales que los estatutos sancionan con esa pérdida, si se comprueba en autos que el atraso se debe a causas no imputables a la voluntad del asociado, sino más bien al procedimiento puesto en práctica para el cobro en el que aquél no intervino, desde que las mensualidades se descontaban de su sueldo. (Cámara Civil 2a. capital abril 29-936) La Ley - Tomo 2 - pág. 828.

CONTRATO y/o POLIZA.- Extraviado el título en que se funda la demanda, y reconocida en la absolución de posiciones por el representante de la Compañía la existencia del contrato,

es ésta una prueba acabada de la existencia del mismo. (Tospi de María Angélica v. La Anglo Italo Americana - Cámara Comercial, septiembre 27-1927) C.C. Fedemonte -Tomo VI, pág. 120 -Seguro de Vida- J.A.

CONTRATO.- Si el contrato de seguro establece que el asegurado debe después de un determinado número de pagos, debe comunicar por escrito al asegurador, su opción para la devolución de las primas pagadas, y no lo hace en tiempo oportuno, procede declarar caduca su derecho a la devolución.- (Mardía Indaro v. La Financiera - Cámara Comercial, junio 6-1938) C.C. Fedemonte, Tomo VIII-pág. 129 -Seguro de Vida- J.A.

CONTRATO.- Es necesaria una prueba escrita del contrato de seguro; pero no es indispensable que esta prueba sea la póliza. El recibo de la prima justifica que hubo propuesta y aceptación, enterándose el asegurado de todas las condiciones de la póliza, y conformándose con ellas.- (Brasil). La Ley-Tomo 3 Sec. Jurispr. extr., p. 21

CONTRATO.- POR el art. 1453 del cód. brasileño el contrato de seguro no obliga antes de redigido a escrito, y se considera perfecto cuando que el asegurador remite la póliza al asegurado, o hace en los libros la anotación usual de la operación. (Brasil). La Ley -Tomo 5- sec. jurisprud. ext., pág. 21.

CONTRATO.- El recíproco consentimiento necesario para el perfeccionamiento del contrato de seguro queda exteriorizado por el otorgamiento de la póliza. (Cámara Comercial capital, junio 25-1927.) La Ley - Tomo 5- pág. 70.

CONTRATO.- Si por las condiciones de una póliza de vital se cubren los accidentes que podrían determinar una inhabilitación del asegurado, y también otros no expresamente enunciados, corresponde interpretar la ambigüedad del término en forma extensiva, a saber, en contra del asegurado y sus herederos, si las condiciones. (Pirovano José Manuel v. La Quitativa del Plata. Cámara Comercial, julio 6-1938) C.C. Fedemonte-Tomo IV, pág. 50 -Seguro de Vida- J.A.

CONTRATO.- Si este unilateral del asegurador que deja de emitir un tipo de póliza por causar pérdidas, no lo exige de responder por los compromisos adquiridos con anterioridad, puesto que debió y pudo prever la emergencia. (Art. 903, 1197 y 1198 del Código Civil).- Procede declarar la rescisión del contrato y la devolución de las primas pagadas, si el asegurador, en razón de las pérdidas sufridas, no puede responder a las obligaciones contractuales. El riesgo corrido por el asegurador debe darse por compensado con el interés del dinero de las primas. (Art. 525 y concordantes del Código de Comercio). (Podestá Nilda A.R. v. La Financiera.-Cámara Comercial, septiembre 7-1938) C.C. Fedemonte -Tomo VIII -pág. 51 -Seguro de Vida- J.A.

CONTRATO.- En materia de seguros, el código de comercio adopta el principio de la libre estipulación, a la inversa de la tendencia moderna que limita notablemente, en esta clase de convenciones, la esfera de la autonomía de la voluntad. (C. par. letr. sola III, setiembre 30-1928) La Ley -Tomo 12-pag. 222

CONTRATO.- Si la enfermedad que adquirió el asegurado, dura

te la vigencia de su póliza de seguro, no está incluida entre las enfermedades transitorias para tener derecho a la renta por invalidez, no corresponde acordarle derechos e indemnización. No obstante haberse exigido al asegurado a los beneficios de una jubilación extraordinaria en razón de su incapacidad para permanecer en el puesto que ocupaba, no puede considerarse dicha incapacidad entre las incluidas en la póliza de seguro, si la enfermedad que adquirió no está prevista en las condiciones del contrato.- (Lorenzelli Luis V. La Financiera. Cámara Comercial, octubre 28-1936) G.C. Pedemonte-Tomo VIII-pág. 17 - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO.- Si el asegurado manifiesta a la Compañía de seguros inequívoca su voluntad de substituir la beneficiaria instituída en la póliza, sin cuando no tiene las formalidades que la misma establece a tal efecto, procede aceptar aquellacambio de voluntad y declararla válida. (Cui Adriaen v. Societ. A. Leuner y Mateo S. Marcial.- Cámara Comercial, marzo 16 de 1939.-) G.C. Pedemonte -Tomo I, pág. 152 -Seguro de Vida. J.A.

CONTRATO.- 1.- Contratado el seguro de vida en valor oro, si las partes al cumplir las respectivas prestaciones del contrato se han ajustado a la conversión de 2.27 papel por cada peso oro, el contrato debe liquidarse de igual manera, más aún frente a las disposiciones del art. 4º de la Ley N° 12.160.

2.- Los hechos subsecuentes al contrato y relacionados con la aplicación de esas cláusulas, constituyen la expresión fidedigna de la voluntad de las partes. (Artículo 818, inc. 4º del Código de Comercio y 914 al 916 del Código Civil).

3.- La ley y el contrato de seguros son normas jurídicas que afectan a todos en general y a los contratantes en particular. Así como para interpretar la ley se investiga la voluntad o el espíritu del legislador, para interpretar algún contrato de seguro se debe basarse en la voluntad de las partes. (Benitez Marcial v. Cui Adriaen.- Cámara Comercial, junio 14-1939.) G.C. Pedemonte-Tomo I, pág. 95 -Seguro de Vida.-J.A.

CONTRATO.- Aunque sean varios los documentos que instruyen un contrato, solicitud, póliza y boleto de compra-venta, las estipulaciones de cada uno correlacionados pueden demostrar el propósito esencial de la compraventa, que en el caso se refiere precisamente un seguro de vida, más una compra-venta de tierra. (La Financiera v. Fernández Balduino L.- Cámara Comercial, diciembre 23-1939). G.C. Pedemonte -Tomo I -pág. 328 - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO.- La forma de satisfacer la prima del seguro de vida a favor de terceros, no comporta la constitución de varias seguras, porque se trata de un contrato de ejecución continuada y la división mensual o anual de la prima sólo responde a acordar al asegurado facilidades para el pago, como ocurre en el contrato de locación (Cámara Civil la. capital, octubre 2 de 1939- Escudero Alberto y otros c. Escudero, Anelis y otros.) La Ley -Tomo 18 - pág. 1803.

CONTRATO.- Las obligaciones del asegurador no entran en vigencia hasta el pago de la prima.- (Cámara Comercial capital, junio 11-1940 - Salerna, Antonio c. La Americana, Cía. de Seguros La Ley - Tomo 18 - pág. 1065.

CANUCIDAD DEL CONTRATO.- Si la compañía aseguradora abonó una suma a la conyuge superstite del asegurado, victima del riesgo cubierto por la póliza, comprendiendo a los hijos menores del accidentado, no pueda luego la compañía aseguradora invenir contra los menores - los cuales no pudieron quedar comprendidos por dicho pago - la asunción de la póliza.- (Cámara Comercial Capital, diciembre 26-1940. Suppo de Cavaglio, Teresa y otros s. La Continental, Cia de Seguros). CF.150-90.

CONTRATO.- Si el asegurado cumplió con el pago de las primas, tiene acción para demandar al asegurador o a quien legalmente lo represente, para hacer efectivas las convenciones pactadas en la póliza. (Medina de Arduñas Concepción v. La Alemana y Arduñas Pablo v. National Fire Ins. Co. of Hartford.- Cámara Comercial, abril 10-1940).- C.C. Fedemonte - Tomo X, pág. 314 - Seguro de Vida.- J.A.

CONTRATO.- La declaración de carácter general contenida en una Ordenanza Municipal que sanciona la organización de un seguro de Vida, no crea derecho alguno por esa sola circunstancia, ni entraña obligaciones para la Caja, que se instituye con el fin de dar efectividad a aquel propósito. Otros factores fundamen tales con los que crean aquellas derechos y obligaciones. (López de Fernández Juana M. v. Caja Municipal de Previsión Social. Cámara Civil la., julio 17-1940).- C. C. Fedemonte - Tomo X, pág. 275 - Seguro de Vida.- J.A.

CONTRATO.- 1- El seguro de vida instituido por una Ordenanza Municipal, cubriendo a los empleados de la Comuna, no tiene origen en un contrato sino en un acto administrativo, por lo cual debe recurrirse ante todo por el derecho público interno y sólo subsidiariamente por el derecho privado.- 2- Los seguros así constituidos deben equipararse a un acto de previsión social, que en ningún momento, ni por circunstancia alguna por transitoria que sea, puede convertirse en un acto de beneficencia o en una liberalidad.- (Gajaravilla Graciana v. Municipalidad de Buenos Aires.- Cámara Civil II, agosto 3-1940).- C.C. Fedemonte - Tomo X, pág. 281 + Seguro de Vida.- J.A.

Seguro Mutuo.- La multiplicación de riesgos ha concretado la utilización del mutualismo para la mejor convivencia y conservación del factor humano. (C. la. apel. La Plata, sala II, mayo 15-1939).- La Ley - Tomo 14, pág. 581.

Seguro Mutuo.- La declaración general contenida en la Ordenanza 9166 de creación en la Caja Municipal de Previsión Social, de una sección de seguro mutuo de vida obligatorio en el sentido de que el seguro amparará al personal municipal desde la fecha de su promulgación, rigiendo aquél desde el 1º de enero de 1938, no tiene el alcance de obligar a la Caja desde esa fecha, cuando en la misma ordenanza se establece como requisito previo para gozar el beneficio del seguro la instalación de dicha "sección" y que el seguro quedaría definitivamente constituido con el pago de la primera prima.- (Cámara Civil la. Capital, julio 17-1940. López de Fernández Juana M. c. Caja Municipal de Previsión Social). La Ley - Repertorio III - Seguro de Vida.- J. A. OF.149-36.

Seguro Mutuo.- El seguro de vida mutuo, obligatorio, creado en provecho de los empleados y obreros municipales, y sus jubilaciones por la ordenanza 9166, no nace de un contrato sino de un acto administrativo y, en consecuencia, está regido ante todo por el derecho público interno administrativo y sólo subsidiariamente

te por el derecho privado.- (Cámara Civil 2a. Capital, agosto 8 de 1940.- Cajarevilla, Graciana c. Municipalidad de la Capital).- La Ley-Repertorio III - Seguro de Vida.- J.A. 73-171 - CF. -149-140.

Seguro Mutuo.- La ordenanza 9166 en su art. 6° establece que la existencia del seguro que ella organiza quedaba condicionada al pago de la primera prima, lo que concuerda con lo que la legislación y la práctica establecen para el seguro de vida. Ante los términos categóricos de la disposición recordada, no habiendo efectuado dicho pago, no interesa averiguar cuál es la fecha que correspondería tener en cuenta conforme a las demás cláusulas de la ordenanza, que establecen que el seguro que ella crea amparó a los asegurados desde la vigencia de la misma y que el seguro rige desde una fecha determinada, la de enero de 1936.- (Cámara Civil 2a. Capital, agosto 8-1940.- Cajarevilla, Graciana c. Municipalidad de la Capital).- La Ley Repertorio III - Seguro de Vida.- J.A. La Ley 19-677- J.A. 73-171 - CF. 149 - 140.

Seguro Mutuo.- El decreto reglamentario que consideró que el seguro obligatorio para el personal municipal organizado por la ordenanza 9166, entró en vigencia con la ordenanza misma sin estar supeditado al cumplimiento de condición alguna, es ilegal a este respecto, pues la citada ordenanza es categórica cuando establece que la existencia del seguro quedaba condicionada al pago de la primera prima.- (Cámara Civil 2a. Capital, agosto 8-1940.- Cajarevilla Graciana c. Municipalidad de la Capital). La ley, 19-677-Repertorio III- Seguro de Vida.- J.A. J.A. 73-171- CF. 149-140.

Seguro Mutuo.- La ordenanza 9166 de la Municipalidad de la Capital, al organizar el seguro obligatorio del personal creó una institución de previsión social, a base del aporte del asegurado, que en ningún momento ni circunstancias, por transitoria que este fuera, podría convertirse en un acto de beneficencia o liberalidad, como resultaría de pretender el sobre sin el pago de prima alguna.- (Cámara Civil 2a. Capital, agosto 8-1940.- Cajarevilla, Graciana c. Municipalidad de la Capital).- La Ley 19-677 - Repertorio III - Seguro de Vida. J.A. 73-171 - CF. 149-140.

Seguro Mutuo.- La conyugida, instituida por su esposo beneficiaria de su seguro de vida, no tiene derecho a reclamar el importe del mismo, aunque se trate de un seguro mutuo. Si los reglamentos de la asociación no prevén el caso, es de aplicación lo dispuesto por el art. 555 del Código de Comercio, conforme a la norma del art. 527 del mismo.- (Cámara de Apelación Rosario, sala II, diciembre 31-1940.- Reosky de O'Donnell, Ana c. Asociación de Ayuda Mutua del Personal de Policía).- La Ley, 22-245-Repertorio III - Seguro de Vida.- J.A.

Formas del CONTRATO.- Seguro en caso de vida y en caso de muerte.- El seguro de renta de invalidez denominado "seguro de jubilaciones y pensiones de invalidez", constituido por una compañía de seguros a favor de sus empleados, con la respectiva indicación del personal designado nominativamente y comprendido en sus beneficios, estableciéndose en la respectiva póliza que la jubilación se otorga cuando el empleado hubiese alcanzado cierta edad y tuviera determinados años de servicios, asume una de las formas del seguro de vida para casos de supervivencia.- (Cámara Comercial, marzo 27-1941.- Hernandez, Domingo C. c. La Fural, Cía de seguros).- La Ley-Repertorio III- Seguro de Vida. J.A. 74 - 16- CF. 151-177.

Formas del CONTRATO. - El seguro de renta de invalides constituido por una compañía de seguros a favor de sus empleados a quienes se otorga el beneficio, cuando habiessen alcanzado cierto límite de edad, y es determinado número de años de servicios, se encuentra vinculado en forma accesoria al contrato de servicio. - (Cámara Comercial Capital, caso 27-1241. - Hernández, Domingo C. de la Real, día de Seguros). - La Ley Repertorio III-Seguro de Vida - J.A. - J.A. 74-12 - 27, 151-177.

Formas del CONTRATO. - Seguro mutuo. - Si el empleado comprendido en la Ley de Seguro mutuo de los empleados de la Provincia de Santa Fe, ha dejado el importe del seguro para ser distribuido como lo preceptúa el art. 5º, último apartado de dicha ley, vale decir, de acuerdo con las disposiciones del código civil, al carácter especial del bien desaparece para dar prioridad a los principios de la ley común. - (Superior Tribunal Santa Fe, abril 29-1942. - Álvarez Juan F., sus). - La Ley, 27-211 - Rep. IV - Seguro de Vida. - J.A.

Seguro mutuo. - El importe del seguro, regido por la ley de seguro mutuo de los empleados de la Provincia de Santa Fe, dejado por el causante para ser distribuido como lo preceptúa el art. 5º, último apartado de la citada ley, vale decir, de acuerdo a las disposiciones del código civil, debe considerarse bien general a los efectos de la distribución. - (Superior Tribunal Santa Fe, abril 29-1942. - Álvarez Juan F., sus). - La Ley, 27-211 - Rep. IV - Seguro de Vida. - J.A.

Seguro mutuo. - La circunstancia de que el facultativo designado beneficiario del seguro mutuo para empleados de la Provincia de Santa Fe, creado por la Ley local 2014, no aparece firmado por el asegurado, no obsta a la validez de dicha designación, donde que si la citada ley ni un decreto reglamentario exigen la firma como condición esencial, sino tan sólo la ratificación del nombre del beneficiario y otras condiciones que permitan su identificación. Y lo único que la ley exige sea firmado por el asegurado, es el libro cerrado y lacrado en que se guarda el facultativo, como también que la firma sea autenticada por escribeno público o Juez de paz del domicilio, requisitos que en el caso aparecen cumplidos. - (Superior Tribunal de Santa Fe, mayo 26-1942. - Tepinosa Juan y otro c. Caja de Seguro mutuo). - La Ley, 27-270 - Rep. IV - Seguro de Vida. - J.A. - J.A. 212-III-222.

Formas del CONTRATO. - Seguro mutuo. - El seguro mutuo se rige por los estatutos o reglamentos de la institución que lo crea, los cuales, en lo que respecta a la entrega de los subsidios pueden apartarse del régimen necesario establecido por el código civil, siendo así, no puede negarse a la esposa la entrega del beneficio que establece el seguro mutuo entre empleados y obreros municipales, por el solo hecho de haber vivido separada de hecho del causante, puesto que la ordenanza respectiva exige que la separación haya sido declarada judicialmente y por su culpa. - (Cámara de Apelaciones, Rosario, sala II, noviembre 2-42. - S. de A. S. C. Seguro mutuo Municipal). - La Ley, 22-222 - Rep. V - Seguro de Vida. - J.A.

Seguro mutuo. - En los seguros mutuos, la interpretación judicial debe inclinarse por la solución más favorable al asociado porque en tal forma se consiguen mejor los móviles de ayuda y amparo que se tuvieron en mira al constituirlos la mutualidad. - (Cámara Civil Sa. cap. septiembre 21-42. - Cámara de Imperiale María F. c. Tenkey Club). - La Ley, 22-222 - J.A. - Repertorio V - Seguro de Vida.

Seguro mutuo. - La expresa organizadora del subsidio mutuo entre sus empleados y que tiene a su cargo la contribución y forma de

percepción de las cuotas, etc., pueda ser llevada a juicio por razón de ese seguro mutuo, si la entidad mutual carece de personería jurídica.-(Cámara Civil 2a. esp., septiembre 21-1943.-Caja de I. e. Jockey Club).-La Ley, 32-344-Rep. V-Seguro de Vida.-J.A.

Formas del CONTRATO.- Seguro Mutual.- El beneficio del seguro mutual es, por naturaleza, revocable, y el beneficiario permanece ajeno al contrato hasta la muerte del asegurado. Desde este punto de vista, el instituto participa en cierto modo de la naturaleza del testamento.-(Sup. Tribunal de Santa Fe, diciembre 28-1943, municip. de Santa Fe, Fontaine, Pilar y otras).-La Ley, 34-988-Rep. VI-Seguro de Vida.-J.A.

Seguro Mutual.- La forma de la designación del beneficiario es "origina ad probationem" y no "ad solemnitates", por lo que no por juicio al beneficiario le omisión de los requisitos previos para su designación.-(Sup. Tribunal de Santa Fe, diciembre 28-1943, municip. de Santa Fe, Fontaine, Pilar y otras).-La Ley, 34-988-Rep. VI-Seguro de Vida.-J.A.

Formas del CONTRATO.- Seguro Mutual.- El prorrateo de los sinistros entre los asegurados que contribuyen en la proporción correspondiente, es indiscutiblemente un seguro mutual.-(Cámara Federal Rosario, agosto 11-1946.-Federación Argentina del Transporte Automotriz e. Impuestos Internos).-La Ley, 40-338-Rep. VII-Seguro de Vida.-J.A.

Formas del CONTRATO.- Seguro Mutual.- Los estatutos de la sociedad de seguros mutuos obligan al beneficiario del seguro.-(Cámara Comercial de la Capital, agosto 11-1946.-Marquis de Barreto Marcelo D. e. Sociedad Militar Seguro de Vida).-La Ley, 44-109-Rep. VIII-Seguro de Vida.-J.A.

Seguro mutual.- Es válida la cláusula de los estatutos de la sociedad de seguros mutuos, que dispone la caducidad del seguro, en caso de concurso civil del asegurado, salvo que ésta obone íntegramente su deuda con la sociedad.-(Cámara Comercial, Capital, agosto 31-1946.-Marquis de Barreto, Marcelo D. e. Sociedad Militar Seguro de Vida).-La Ley, 44-109-Rep. VIII-Seguro de Vida.-J.A.

CONTRATO DE SEGURO.- El contrato de seguro debe interpretarse teniendo en cuenta los principios de la buena fe.-(Cámara Comercial, Capital, marzo 23-1950.-Bufa de Panschini, Vicente e. Sud América Cia. de Seguros).-La Ley, tomo 59, pág. 872-Seguro de Vida.-J.A.

CONTRATO DE SEGURO.- El asegurador responde en la medida de su contrato de seguro.-(Cámara Comercial, Capital, julio 26-1950.-Caja Nacional de Reservas del Trabajo e. La Comercial de Rosario Cia. de Seguros).-La Ley, tomo 59, pág. 722-Seguro de Vida.-J.A.

CONTRATO DE SEGURO.- El endoso designando beneficiario debe ser suscripto por el tomador del seguro.-(Cámara de los Letrados, Sala II, mayo 15-1950.-La Universal, Cia. de Seguros e. Sienar y Barralro Antonio).-La Ley, tomo 59, pág. 163-Seguro de Vida.-J.A.

CONTRATO DE SEGURO.- La designación de beneficiario no puede ser hecha por testigos.-(Cámara de los Letrados, Sala II, mayo 15-1950.-La Universal, Cia. de Seguros e. Sienar y Barralro Antonio).-La Ley, tomo 59, pág. 163-Seguro de Vida.-J.A.

CONTRATO.- La compañía aseguradora no puede pretender eximirse del pago de las cuotas, si se opuso al pago del seguro aduciendo el

suicidio del asegurado, allanándose a la demanda recién en el alegato, después que la parte actora produjo prueba de la muerte de aquél en un accidente.—En el juicio por cobro de un seguro las costas forman parte de la indemnización.—(Colomneff Sara S.B. de v. La Economía Comercial.—Cámara Comercial, junio 30-1951).—G.C. Fedemonte—Tomo IV, pág. 191—Seguro de Vida.—J.A.

CONTAS.— Si el asegurador no ofreció pagar indemnización alguna y la acción seguida por el asegurado prospera, procede la condenación en costas.—(Páezano José Manuel v. La Benéfica del Plata.—Cámara Comercial, julio 6-1951).—G.C. Fedemonte—Tomo IX, pág. 60—Seguro de Vida.—J.A.

CONSIGNACION.— 1—Procede declarar justificada la demanda por consignación, cuando los elementos de juicio acumulados tienen apoyo legal y se demuestra al certificar áudace del beneficiario acreedor que éste recibirá el importe de un seguro de vida.—2—Faltando conformidad de las partes demandadas acerca de los hechos expuestos por el asegurador al consignar el importe de un seguro, procede declarar la acción de puro derecho.—(Sud América v. Lloyd Artega Leonor y María Sara Marisa.—Cámara Comercial, marzo 16-1950).—G.C. Fedemonte—Tomo XI, pág. 162—Seguro de Vida.—J.A.

EXAMEN.— Reconocido el contrato de seguro de vida no puede ser un obstáculo a que la demanda prospere, el hecho de que el inculparia no se acompañara la prueba de la defunción del asegurado, dando que se hizo referencia al juicio en que se encontraba y el certificado correspondiente fué agregado durante la prueba.—(Estela Benítez L. v. La Bahía Blanca.—Cámara Comercial, 14-XII-916).—G.C. Fedemonte—Tomo I—Seguro de Vida.—J.A.

DEMANDA.— La sola presentación de la demanda interrumpe la prescripción.—(Alcorta Ramón L. v. La Bahía Blanca).—G.C. Fedemonte—Tomo I—Seguro de Vida.—J.A.

DEMANDA.— La circunstancia de que la demanda se haya notificado con posterioridad al día del deceso del asegurado, no quita efecto a la interrupción de la prescripción causada por la interposición de la demanda.—(Poggi de María Angela v. La Anglo Americana.—Cámara Comercial, septiembre 27-1957).—G.C. Fedemonte—Tomo VI, pág. 120—Seguro de Vida.—J.A.

DEMANDA.— No beneficiarse prescribes las circunstancias que discrimina el artículo 3554 del Código Civil, corresponde entender en la demanda por cobro de un seguro de vida colectivo, al juez de la jurisdicción, no estando justificado el envío de los autos al juez que entiende en el juicio sucesorio.—(Marengo Andrés v. Sud América.—Cámara Comercial, abril 6-1951).—G.C. Fedemonte—Tomo VIII, pág. 302—Seguro de Vida.—J.A.

DEMANDA.— Si los beneficiarios de un seguro de vida—hijos del asegurado—son seis y solamente cuatro de ellos deducen la acción por cobro de la póliza, el asegurador sólo debe pagar las cuatro sextas partes del total del seguro contratado.—Las acciones restantes en las libras del asegurador, en razón de un sistema de trabajo, no pueden invocarse como defensa, si con anterioridad a tales acciones estaba notificado de la iniciación de la demanda, y, por otra parte, se las hace valer en su oportunidad legal.—(Suñer Ángel Custodio v. La Anglo Italo Americana.—Cámara Comercial, agosto 3-1957).—G.C. Fedemonte—Tomo IX, pág. 275—Seguro de Vida.—J.A.

EXISTENCIA.— Existiendo conformidad de las partes demandadas acerca de los hechos expuestos por el asegurador, al consignar el importe de un seguro, procede declarar la causa de puro derecho. (Causa América v. Masot Arteaga Lecner y Matas Serra Narváez.—Cámara Comercial, marzo 14-1933).—S.C. Fedemonte—Tomo X, pág. 162—Seguro de vida.—J.A.

EXISTENCIA DEL CUMPLIMIENTO.— La circunstancia de que la beneficiaria del seguro no haya dado aviso del fallecimiento del asegurado dentro del plazo establecido en la póliza, no puede ser invocada por el asegurador, para eximirse de la obligación de indemnizar, si se demuestra que comunicó al aviso inmediatamente después de tener conocimiento de la existencia del contrato.—(Cámara Comercial, capital, noviembre 18-1937).—La Ley—Tomo 9—pág. 142.

EXISTENCIA DEL CUMPLIMIENTO.— El incumplimiento por el asegurado de la obligación de dar aviso a la compañía de la producción del accidente dentro de un plazo determinado, establecido en la póliza, bajo pena de pérdida del derecho a la indemnización, salvo caso de imposibilidad justificada, no puede ser invocado por la compañía aseguradora si se acredita que el hecho no produjo lesiones de importancia a la víctima, sobreviniendo luego complicaciones en su estado, con alteraciones mentales alternadas con períodos de escape lucidez hasta ocurrir su muerte.—(Cámara Comercial, capital, noviembre 18-1937).—La Ley—Tomo 9, pág. 142.

EXCEPCIÓN.— Procede la devolución de lo pagado en concepto de prima anual por un seguro de vida, si éste no fue aceptado por el asegurado, aun cuando con posterioridad el mismo asegurador reconsiderara su resolución, la que no fue aceptada por el candidato a asegurarse.—(Vargas Brullones Domingo J. V. La Anglo Italo Americana.—Cámara Comercial, agosto 17-1937).—S.C. Fedemonte—Tomo VI, pág. 171—Seguro de Vida.—J.A.

EXCEPCIÓN.— Dentro de nuestro sistema legal no existen más documentos probatorios del fallecimiento de una persona, que los expedidos por el Registro Civil, los cuales establecen la presunción legal de su contenido, no correspondiendo por ello al asegurador aprobar dichos documentos, a los efectos del pago de un seguro de vida.—(Morales N. v. La Rosario.—Cámara Comercial agosto 21-1937).—S.C. Fedemonte—Tomo VI, pág. 233—Seguro de Vida.—J.A.

EXCEPCIÓN.— No procede la doble indemnización si la póliza fue instrumentada la primera, es una póliza de acumulación, transformada en seguro prolongado, en virtud de que el asegurado no pudo seguir abonando las primas correspondientes.—(Cámara Comercial, junio 31-1936).—S.C. Fedemonte—Tomo IV, pág. 191—Seguro de Vida.—J.A.

EXISTENCIA PREEXISTENTE.— Procede declarar la nulidad del seguro de vida concluido, si el asegurado falsea la verdad al contestar al cuestionario antes de la celebración del contrato, negando que estuviera bajo tal tenencia médica.—(Causa de Palarco v. Causa América.—la Instancia, marzo 21-1933).—Cámara Comercial, marzo 22-1933).—S.C. Fedemonte—Tomo III, pág. 21—Seguro de Vida.—J.A.

EXISTENCIA PREEXISTENTE.— Si el asegurador al contestar la demanda no plantea válidamente las cuestiones en que funda su oposición al pago de un seguro—como la retención del asegurado sobre la enfermedad que ya sufría, sin ignorarlo cuando se aseguró—no procede que el juez se pronuncie al respecto, no obstan-

te ser evidente que de no imponer la ley tal limitación al juzgador, resultarían distintas las conclusiones de la "litis".-(Cámara Comercial, noviembre 18-1936).-C.C. Pedemonte-Tomo V, pág. 56-Seguro de Vida.-J.A.

ENFERMEDAD Preexistente.- La afección bronquial asmática, por su carácter leve y su posible curación, no hubiese tenido gravitación ninguna sobre las condiciones del seguro de vida contratado por el asegurado y senior hipotecario a la vez.-(Casta Hágber v. Caja de Jubilaciones de Empleados Ferroviarios.-Cámara Federal de la Capital, agosto 8 de 1937).-C.C. Pedemonte-Tomo VII pág. 127-Seguro de Vida.-J.A.

ENFERMEDAD Preexistente.- Pudiendo haber padecido la sífilis que produce el accidente sin saberlo el asegurado, enfermedad que no fué constatada por los médicos del asegurador, no obstante el examen reservado, la acción debe prosperar.-(Salvaí Juan v. Compañía Aseguradora Argentina.-Cámara Comercial, octubre 20-1937).-C.C. Pedemonte-Tomo VI, pág. 262-Seguro de Vida.-J.A. La Ley-Tomo 8 pág. 1104.

ENFERMEDAD Preexistente.- Tratándose de una afección que a juicio de los peritos médicos, puede sobrevenir de repente, o también puede evolucionar en largos años sin que el paciente se percate de ello, tal situación hace que no pueda considerarse como una reticencia del asegurado que, ignorando el proceso que padece, dice gozar de buena salud al contratar el seguro.-(Hall Oronan Humberto v. El Sol de Canadá.-Cámara Comercial, octubre 13-1937).-C.C. Pedemonte-Tomo VI, pág. 246-Seguro de Vida.-J.A. La Ley-Tomo 8, pág. 1.083.

EXAMEN MEDICO.- No puede darse por probado que el asegurado ha procedido con dolo o fraude al ocultar una enfermedad grave, que la Compañía alega que padecía al tiempo de celebrarse el seguro, si el propio médico del asegurador no la descubrió, en el examen previo a la contratación del mismo, ni así tampoco resulta de la prueba rendida en autos a ese efecto.-(Cámara Comercial, julio 22 1913.-Olajai Santiago v. "La Nación").-C.C. Pedemonte-Tomo I, -seguro de Vida.-J.A.

EXAMEN MEDICO.- No puede admitirse como prueba la reticencia de no el interés favorable de los médicos de la compañía y desde que tal vicio de reticencia en el contratante debió conocerse al juicio de peritos.-(Cámara Comercial, octubre 29-1930.-Clavero Pardo Teresa v. "América").-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

FALSA declaración.- Es procedente la nulidad del contrato de seguro de vida basada en la falsa declaración que de su edad hizo el asegurado, cuando de haber sido conocida por el asegurador la edad verdadera-más de 60 años- no habría celebrado el mismo.-(Cámara Comercial, setiembre 28-1916.-Razón Campos v. "La Bahía Blanca").-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

FALSA declaración.- Si la póliza fué anulada en virtud de las reticencias y falsedades en que incurrió el asegurado, mediando omisión negligencia en el médico de la compañía que no revisó al candidato, es este último un motivo suficiente para que el beneficiario se haya creído con derecho a litigar, por lo cual procede que los costas se apliquen por su orden.-(Cámara Comercial, noviembre 11-1932.-Georgif Juan M. v. "La Anglo Italo Americana").-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

FALSA DECLARACION.— Procede declarar la nulidad del seguro de vida concluido, si el asegurado falsea la verdad al contestar el cuestionario antes de la celebración del contrato, negando que estuviera bajo asistencia médica.—(Coppacic de Palermo v. "Unión América",—Cámara Comercial, marzo 29-1935).—J.C. Pedemonte—Tomo III, pág. 21.—Seguro de Vida.—J.A.

FALSA DECLARACION.— Los términos del art. 498 del Código de Comercio satisfactoriamente categorizan en el sentido de que deben deferirse al juicio de los peritos, las falsas declaraciones o reticencias que hubieran impedido o modificado las condiciones del contrato en caso de extinguirse el asegurador.— Si los peritos designados de acuerdo con lo dispuesto por el art. 498 del Código de Comercio, establecen por unanimidad o por mayoría, que el asegurado incurrió en reticencia en sus declaraciones al celebrar el contrato, el juez no puede hacer otra cosa que aceptar la excepción fundada en la reticencia.—(Coppacic de Palermo v. "Unión América",—Cámara Comercial, marzo 29-1935).—J.C. Pedemonte—Tomo III, pág. 21.—Seguro de Vida.—J.A.

FALSA DECLARACION.— No existiendo en estos elementos de juicio para admitir que haya habido suplantación maliciosa en la firma de la solicitud de seguro que contiene las declaraciones del asegurado, si probado el asegurador su afirmación de haber sido víctima de un engaño, corresponde rechazar la defensa de éste, invocando el art. 498 del Código de Comercio. No siendo el asegurado quien firma las declaraciones previas a la contratación del seguro de vida, no puede admitirse la falsedad de las mismas, por causa de haber declarado una edad menor que la real y haber sufrido una enfermedad que produjo el fallecimiento posterior de dicho asegurado.—(Arbitraje de Parodi, Josefina v. La Popular,—Cámara Comercial, diciembre 16-1934).—J.C. Pedemonte—Tomo IV, pág. 210.—Seguro de Vida.—J.A. La Ley—Tomo 8, pág. 724.

FALSA DECLARACION.— No incurrirá en culpa declarada la persona asegurada que declare que su seguro no fue rechazado por otra compañía, si ignora realmente la causa del rechazo, dado el carácter confidencial del informe médico previo y la discreción guardada por el asegurador que rechazó dicho seguro.—(Dofour de Castellón María Esther v. La Estrella,—Cámara Comercial, julio 12-1937).—J.C. Pedemonte—Tomo VI, pág. 20.—Seguro de Vida.—J.A.

FALSA DECLARACION.— Si al habilitar una póliza, ceduada por el tal de pago, el asegurado hace ocultación de la enfermedad de que padece, incurre en una falsa declaración que hace precedente la nulidad del seguro.—Cuando el asegurador acepta continuar con el seguro, conforme a las declaraciones de buena salud que hace el asegurado, sin exigir nueva revisión médica, el contrato entra en vigor porque así las partes lo estipularon libremente; pero si el elemento esencial determinante de la voluntad de una de las partes, fue falso o simulado dolosamente por la otra, para obtener con ella la celebración del convenio, el acto es nulo.—Con admitiéndose que la enfermedad que produjo el deceso del asegurado pudiera aparecer repentinamente y desarrollarse con rapidez, existiendo prueba abundante de que no pudo ignorar su estado de salud al suscribir el pedido de rehabilitación, procede declarar la nulidad del seguro.—(Bassia Natalia Nolis de v. El Sol del Canadá,—Cámara Comercial, agosto 4-1938).—J.C. Pedemonte—Tomo VIII, pág. 164.—Seguro de Vida.—J.A.

FALSA DECLARACION.— El ocultamiento o la falsedad es materia que puede ser objeto de todo medio de prueba pero su trascendencia

sobre la existencia del contrato sólo puede ser establecida por el único medio que establece la Ley (Art. 498 del Código de Comercio), (Parrodiá Montero Laura B. de v. La Inmobiliaria Cámara Comercial, noviembre XI-1938), C.C. Fedemonte-Tomo VIII pág. 67 -Seguro de Vida- J.A. - La Ley Tomo 12- pág. 964.

FALSA DECLARACION. - El valor de las retenciones o falsas declaraciones del asegurado, y la influencia que éstas hubieran podido tener en la celebración del contrato, son elementos de juicio que deben ser apreciados por peritos, y los jueces no pueden apartarse ni desoir las conclusiones de la prueba, ni tampoco discutir su valor legal, ni su equidad. (Larroñeta María Justina Di Fonzo de v. El Comercio - Cámara Comercial, agosto XI-1936.) C.C. Fedemonte -Tomo VIII -pág. 230 -Seguro de Vida- J.A. -Tomo 12 -La Ley- pág. 120.-

FALSA DECLARACION. - Si el asegurado en las declaraciones que formó al contratar el seguro incurrió en falsedades, aun cuando que gozaba de buena salud siendo inactivo, procede declarar la nulidad del seguro. Es también causa de nulidad la circunstancia de haber ocultado que anteriormente había sido rechazado el contrato por otro asegurador. (Basso Nordesvirgiana v. La Equitativa del Plata.- Cámara Comercial, marzo 16 de 1939) C.C. Fedemonte-Tomo XI, pág. 256 -Seguro de Vida- J.A.

GENERALIDADES. - El seguro de renta e invalidez constituido por una compañía de seguros en favor de sus empleados mediante la formación de un fondo de reserva, constituye un caso típico de estipulación a favor de terceros donde la doble voluntad del promitente y estipulante, convierte al tercero en acreedor de un derecho revocable sólo hasta el momento en que éste lo ha aceptado. (Voto del doctor Villanar; adhirieron, por razones análogas, los doctores Laboulaye y Paré.) (Cámara Comercial Capital, marzo 27 de 1941.- Hernández, Domingo C. e. La Rural, Cía. de seguros.) La Ley -Reportorio III -Seguro de Vida - J.A. J.A. Vélez -C.F. 151-177.

GENERALIDADES. - La compañía de seguros que ha constituido a favor de sus empleados un seguro de renta e invalidez, estableciendo en la póliza que el beneficio se otorgará cuando el causante cierta edad y hubiese prestado un número determinado de años de servicios, asume en el caso una doble personalidad: actúa como empresa patronal asegurada y sociedad aseguradora. Cumple sus obligaciones como promitente, comprometiéndose al pago de la indemnización; realiza sus deberes de asegurador, abonando el premio o prima. (Cámara Comercial Capital, marzo 27-1941. Hernández, Domingo C. e. La Rural, Cía. de seguros.) - La Ley -Reportorio III -Seguro de Vida - J.A. J.A. 74-15 - C.F. 151-177

GENERALIDADES. - La enfermedad (escarlatina) que determinó la muerte del médico asegurado, adquirida por contagio en su actividad profesional, no está cubierta por el seguro que, según los términos de la póliza, sólo involucra los accidentes que se produzcan por infecciones microbianas o envenenamiento de la sangre originados en heridas externas, o las consecuencias que pueden sobrevenir a raíz de estos de error producido con el propósito de salvar vidas humanas, puesto que estas circunstancias no median en el caso de autos. - (Cámara Comercial Capital, julio 2-1942 - Pérez de Aquilino Hergo, Haydée e. La Franca Argentina Cía. de seguros) La Ley 27-265 - Rep. III -Seguro de Vida - J.A. 27. 129-30.

GENERALIDADES.- La cláusula de la póliza del seguro vital, que impone a la víctima la carga de la prueba de su incapacidad, debe interpretarse con cierta liberalidad, pues en los casos de denuncia de invalidez, la propia compañía verifica con sus propios médicos el estado de los asegurados. (Cámara de apelaciones Rosario, sala II, septiembre 10-1945 - Sala, Juan O. Industria y Comercio, Cía. de Seguros) La Ley -Repertorio V - Seguro de Vida - J.A. REP. 4-248.

GENERALIDADES.- El asegurador puede oponer al beneficiario todas las defensas de que es titular contra el tomador del seguro. (Cámara Comercial Capital, octubre 16-344 - González de Carcía, O. C. La Cermana Argentina, Cía. de Seguros). La Ley, 36-396 - Rep. VI - Seguro de Vida - J.A.

GENERALIDADES.- El seguro de vida no es tanto un contrato de indemnización como una forma especial de ahorro que tiene más de previsión que de defensa contra daños eventuales. (Suprema Corte Buenos Aires, agosto 27-948 - Federación Patronal, Soc. Coop. C. Molinari Hnos.) La Ley, 52-636 - Repertorio X - Seguro de Vida - J.A.

GENERALIDADES.- En el seguro de vida la cifra de la prima a que se somete el asegurado determina la del capital correspondiente y depende del asegurado constituirse un capital más o menos fuerte, según el monto del sacrificio anual que se impone. (Corte Suprema Bs. As., agosto 27-948 - Federación Patronal Soc. Coop. C. Molinari Hnos.) La Ley 52-636 - Rep. X - Seguro de Vida J.A.

GENERALIDADES.- Seguro contra accidentes.- El contrato de seguro que determina, en atención a que el vehículo es manejado por su dueño, que, en caso de accidente, sean sumas que corresponden al conductor se pagará al "depositado", configura un típico seguro de vida ya que, descartado el accidente del trabajo sujeta a la acción legal, aquella cantidad no representa ni podría representar el monto exacto o aproximado del daño ocasionado por el fallecimiento, sino que su fijación depende exclusivamente del "arbitrio de las partes" y de sus respectivas convenciones. (Suprema Corte Buenos Aires, agosto 27-948 - Federación Patronal, Soc. Coop. C. Molinari Hnos.) La Ley 52-636 - Repertorio X - Seguro de Vida - J.A.

GENERALIDADES.- La exención de responsabilidad del asegurador, cuando el asegurado no da cumplimiento a las ordenanzas y leyes obedezca al concepto de culpa por extralimitación de lo que no está permitido en razón de lo reglamentado por incumplimiento de lo que está prohibido, implicando así una violación expresa o una imprudencia manifiesta que se equivalen (En el caso, velocidad excesiva en razón del lugar y circunstancias) (Cámara Comercial Capital, diciembre 31-948 - Darío Salomón O. La Rosario, Cía. de Seguros). La Ley, Tomo 54-pág. 152 - Seguro de Vida - J.A.

GENERALIDADES.- Las compañías de seguros sobre la vida deben abonar a los herederos beneficiarios, justificado el fallecimiento del asegurado, el importe de la póliza sin que puedan en ningún caso justificarse la retención alegando la existencia de herederos o sucesores del beneficiario.- (Cámara Comercial, diciembre 13 1893 - Josefina Piaggio v. "La Previsora".) C.C. Fedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

HEREDENCIA. - El tercero beneficiario de un seguro de vida debe reintegrar a la sucesión del asegurado la suma de las cantidades recibidas por el asegurador, cuando la única heredera del causante es su hija natural. (Cámara de Apelaciones, Seguros de Circunscripción, Rosario, marzo 18-1933 - Tardy (su sucesión). G.C. Fedemonte -Tomo I -Seguro de Vida- J.A.

HEREDENCIA. - Siendo que la vigencia del seguro de vida municipal estaba supeditada, según la ordenanza que lo creó, al pago de la primera prima, el empleado que fallece no deja a sus herederos derecho alguno, si se prueba que no hizo el aporte indispensable exigido para dar origen a ese derecho. (Cajavilla Graciana v. Municipalidad de Buenos Aires.- Cámara Civil II, agosto 8-1949). G.C. Fedemonte -Tomo I, pág. 221 - Seguro de Vida- J.A.

INDENIZACION. - Probadó el contrato de seguro de vida y que el asegurado no obró de mala fe al celebrar el mismo, la compañía aseguradora debe abonar la suma estipulada como indemnización de la póliza. (Cámara Comercial, junio 12-1917- Hortensia Juárez de Lindrera v. "La Nación".) G.C. Fedemonte -Tomo I- Seguro de Vida- J.A.

INDENIZACION. - Si el asegurado fallece después de tener derecho a la suma asegurada por vencimiento del plazo fijado en la póliza del seguro mixto, el beneficiario designado para el caso de muerte no tiene derecho a ninguna indemnización por que el seguro ha sido resuelto retrospectivamente, y el importe del mismo se considera que nunca ha salido del patrimonio del causante, y por lo tanto debe ingresar a su concurso. (Cámara Comercial, agosto 31-1934 - Nieves Nicobar Guillermo de Suo) G.C. Fedemonte -Tomo I -Seguro de Vida- J.A.

INDENIZACION. - Si la póliza de ^{ANULACION} ~~seguro~~ vida cubría también la pérdida de algún miembro, en las ~~condiciones~~ ^{proporciones} establecidas en el contrato, probada la inhabilitación total de ese miembro -equivalente a la pérdida del mismo-, procede declarar que corresponde el pago de la indemnización consiguiente. (Pastor de Fransisco v. La Esfinitiva del Plata, Cámara Comercial, diciembre 26-1918.) G.C. Fedemonte, -Tomo II, pág. 234 -Seguro de Vida- J.A.

IMPUESTOS. - No prohibiéndose que las sumas recibidas por el asegurador, lo hayan sido en concepto de "primas", por operaciones de seguros sujetas a impuesto, no procede declarar que existe defraudación al fisco. Las sumas acreditadas en una cuenta especial -"Cuenta Depósitos" en el caso- en la que se anotan las cantidades correspondientes a primas de seguros están a cargo, que para rehabilitarles es previo el examen del asegurado y de lo contrario se devuelven, no pueden considerarse sujetas al impuesto interno que determina la Ley N° 11.23270 que de exigir que el pago de los impuestos que gravan a los contratos de seguro, se efectúe con anterioridad a la percepción de la prima. (Impuestos Internos v. Graham Life Assurance Co. Ltd. Cámara Federal de la Capital, julio 8-1937) G.C. Fedemonte -Tomo VII -pág. 155 -Seguro de Vida- J.A.

IMPUESTOS. - La Ley N° 11.232 de Impuestos a los Ráditos exime de gravamen a las indemnizaciones y devoluciones que pagan las compañías de seguros, comprendiendo las que se pagan en forma de capital o renta por accidentes, enfermedades, por lesiones o incapacidad para el trabajo y las que "perciben los He-

Federes a título de indemnización por la muerte de miembros de su familia. (Carreras de Pinarco Sara U. v. Gobierno de la Nación. Cámara Federal de la Capital, julio 3-1940.

INHABILITACION.- Probada como consecuencia de un accidente la inhabilitación completa del brazo izquierdo, no sólo con los dictámenes periciales sino también por abundantes radiografías esta inhabilitación deba equipararse a la pérdida total del miembro lesionado. Si la póliza de seguro de vida cubría también la pérdida de algún miembro, en las proporciones establecidas en el contrato, probada la inhabilitación total de ese miembro - equivalente a la pérdida del mismo -, procede declarar que corresponde el pago de la indemnización consiguiente.- (Pastore Francisco v. La Equitativa del Plata. Cámara Comercial, diciembre 30-1938.) C.C. Pedemonte - Tomo IX, pág. 284 - Seguro de Vida - J.A.

INTERESES.- En el juicio por cobro de un seguro de vida procede condenar al pago de intereses desde la fecha de la notificación de la demanda, si la compañía aseguradora no consignó ni en embargo, ni en pago, el importe fijado en la sentencia.- (Cámara Comercial, junio 30-1938.) C.C. Pedemonte - Tomo IV - pág. 191 - Seguro de Vida - J.A.

INTERES asegurable.- Está prohibido contratar un seguro a quien no tiene interés en la vida de la persona asegurada. (Cámara Comercial, diciembre 31-1908. Fructuoso Pittaluga v. "La Previsora".) C.C. Pedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

INTERRUPCION.- La prescripción de un año que establece el artículo 555 del Código de Comercio para las acciones derivadas de contratos de seguro, queda interrumpida desde el momento en que la compañía aseguradora manifiesta expresa o tácitamente el derecho al cobro del mismo (artículo 555 del Código Civil) o (La Instancia, agosto 31-1916 - Cámara Comercial junio 12-1917 - Hor-tensio de Lizárraga v. "La Previsora") C. Pedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

INTERRUPCION.- La sola presentación de la demanda interrumpe la prescripción. No puede oponerse la prescripción contractual por plazos corridos durante la tramitación de un juicio, sino corrió el término de la prescripción.- (Alcorta Ramón P. v. "El Cénit" - Cámara Comercial, noviembre 2-1921.) C. C. Pedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

JURISDICCION.- Un reglamento Municipal no puede prevalecer sobre las disposiciones que contiene una Ordenanza sancionada por el Concejo Deliberante, en la cual se establecen las condiciones en que entrará en vigor el seguro de vida, ni tal reglamento pueda acordar beneficios sin haberse antes constituido los fondos destinados a solventarlos. (López de Fernández, Juana H. v. Caja Municipal de Previsión Social - Cámara Civil la. julio 17-1940.) C. C. Pedemonte - Tomo X, pág. 275 - Seguro de Vida - J.A.

JUSTIFICATIVOS.- La partida de defunción debidamente autenticada, es un instrumento público que tiene la eficacia probatoria legal suficiente para producir efectos. (Flores Josefa v. La Anglo Italo Americana, Cámara Comercial, junio 23-1939.) C.C. Pedemonte - Tomo II pág. 290 - Seguro de Vida - J.A.

LIQUIDACION.- En el incidente de impugnación de la liquidación presentada por la parte actora, una vez abierto a prueba, pro-

cada la absolución de posiciones pedida por el asegurador. - (Plastor de Coronado Ana María v. La Argentino Uruguaya - Cámara Comercial, julio 26-1937.) C.C. Fedemonta - Tomo VI, pág. 157 - Seguro de Vida - J.A.

LIQUIDACION. - Cuando al contratarse el seguro se precisó con claridad que al pago se efectuaría el tipo de cambio de pesos oro argentinos con relación a ciertos dólares, esa conversión debía determinar también en la forma de liquidar el seguro, sin poder pretender el asegurado un beneficio mayor, ni el asegurador excepcionarse del pago, en razón de las fluctuaciones y substitución de valores hubidos en el régimen de notario extranjero. (Medina de Ardemán Concepción v. La Alemana y Ardanaz Pablo v. National Fire Ins. Co. of Hartford. Cámara Comercial, abril 11-1940.) C.C. Fedemonta - Tomo 3, pág. 314 - Seguro de Vida - J.A.

LIQUIDACION. - Contratado el seguro de vida en valor oro, si las partes al cumplir las respectivas prestaciones del contrato se han ajustado a la conversión de 2,37 papel por cada peso oro, el contrato debe liquidarse de igual manera, más aún frente a la disposición del art. 4° de la ley número 12.160. (Medina María v. Sud América - Cámara Comercial junio 14-1939.) C.C. Fedemonta - Tomo X pág. 95 - Seguro de Vida - J.A.

LIQUIDACION DEL SEGURO. - Si la compañía de seguros que constituyó un seguro de renta e invalidez, denominado "de jubilaciones y pensiones" a favor de sus empleados, estableció en la póliza que el beneficio se otorga al empleado que al canjear la edad de 60 años y tuviera determinados años de servicio (15, 20, 25), después de haberse que tiene la antigüedad requerida por que no alcanza la edad determinada, otorgándole las indemnizaciones contempladas en el art. 11.729, se produce lo que se conoce en el tecnicismo del seguro y denomina "póliza solidaria", o sea el adelantamiento de un crédito del beneficiario contra el asegurador - para ser pagado cuando llegare el límite de edad justo - reducido o limitado al valor de las primas pagadas y cuyo monto se obtuvo multiplicando la renta anual a que hubiera tenido derecho si el contrato no hubiera sufrido interrupción hasta alcanzar dicha edad, por el número de años durante los cuales se pagó la prima y el viéndose el resultado que arroja esa operación por el número de años que debió trabajar según por cuenta de la compañía a partir de los 31 años (conforme a la póliza) hasta llegar al límite de 60 años. (Cámara Comercial Capital, marzo 27-1941 - Hernandez, Domingo C. e. La Rural. Cía de seguros). La Ley - Repertorio III - Seguro de Vida - J.A. - J.A. 74-16 - 151-177.-

LIQUIDACION DEL SEGURO. - El beneficiario del seguro de vida tiene derecho al importe íntegro del seguro, si se pactó que percibirá el excedente de cuanto se pague por el patrón por indemnización conforme a la ley 11.729, y no existen herederos. (Cámara Civil Capital, diciembre 26-1942 - Rosoli A. sue.) J.A. 943-405 - La Ley - Repertorio V - Seguro de Vida - J.A.

LIQUIDACION DEL SEGURO. - Entre los daños ocasionados al asegurado, como consecuencia del accidente de tránsito, deben contarse los gastos y honorarios del juicio criminal, dado

el carácter indemnizatorio que tienen las pólizas. (Cámara de Paz letada, sala IV, marzo 6-344/-Collinari, José c. La Nueva Aires, Cia de Seguros). La Ley -Repertorio VI -Seguro de Vida- J.A. CP. 56-809.

EXCEPCIÓN. - Las leyes de excepción sobre prórrogas características en el pago de las obligaciones comerciales son aplicables a las cuentas que está obligado a pagar el asegurado. - Cámara Comercial 12 de septiembre de 1936. (María G. de Schutt v. "La Equitativa de los R.R.S.") C.C. Pedemonte -Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

VALIDAD. - A los efectos de la nulidad del contrato de seguro que está en el artículo 478 del Código de Comercio, no es suficiente que las retenciones del asegurado, estén probadas en el juicio; es indispensable que los peritos acrediten la trascendencia que habrían tenido en la celebración del contrato, pues se trata de un acto de prueba especial, exclusivo y solemnado, implantado expresamente por el legislador. (Paroté Antera Laura B. de v. La Inmobiliaria - Cámara Comercial, de viernes 21 de 1938.) C.C. Pedemonte Tomo VIII - pág. 67 - Seguro de Vida - J.A.

VALIDAD. - La sentencia que no llena los requisitos de los artículos 216 y 217 del Código de Procedimientos, es nula, y así corresponde declararlo. (Medina de Arduana Concepción v. La Alameda y Arduana Pablo v. National Fire Ins. Co. of Hartford - Cámara Comercial, abril 10 de 1940.) C.C. Pedemonte -Tomo X pág. 514 - Seguro de Vida - J.A.

DEFINICIÓN DEL ASEGURADO. - La prima es la contraprestación del asegurado, es decir, el precio del seguro y la remuneración que corresponde al asegurador, las obligaciones que surge. (Cámara Federal Capital, noviembre 25 de 1949 - Sud América Cia de Seguros c. Impuestos a Los Réditos). La Ley, Tomo 57-pág. 775 - Seguro de Vida - J.A.

CONSTITUCIÓN DEL ASEGURADO. - El objeto propio de las primas consiste en ser utilizadas para el pago de los siniestros. Ellas constituyen la reserva matemática, verdadera garantía colectiva para el conjunto de asegurados; pertenecen íntegramente al asegurador, sin que el asegurado tenga derecho alguno a su restitución. (Cámara Federal Capital, noviembre 25 -1949 - Sud América Cia de Seguros c. Impuestos a Los Réditos.) La Ley- Tomo 57-pág. 775 - Seguro de Vida - J.A.

CONSULTACIÓN. - Si al contratar un seguro de vida, el asegurado declara no tener otros seguros y con posterioridad contrata nuevos seguros, no hubo consulta ni retención que haga nulo el primer seguro. (Cámara Comercial, noviembre 15 de 1936.) C.C. Pedemonte-Tomo V, pág. 36 - Seguro de Vida - J.A.

CONSULTACIÓN. - Si al rehabilitar una póliza, caducada por falta de pago, el asegurado hace consulta de la enfermedad de que padece, incurra en una falsa declaración que hace procedente la nulidad del seguro. (Dassia Natalia María de v. El Sol de Canadá - Cámara Comercial, agosto 4 de 1938.) C.C. Pedemonte -Tomo VIII -pág. 184 - Seguro de Vida - J.A.

ORDENANCIAS Y RECOMENDACIONES. - Un reglamento municipal no puede

previsión sobre las disposiciones que contiene una ordenanza sancionada por el Consejo Deliberante, en la cual se establecen las condiciones en que entrará en vigor el seguro de vida, ni tal reglamento puede acordar beneficios sin haberse antes constituido los fondos destinados a solventarlos.-(López Hernández Juana M. v. Caja Municipal de Previsión Social.-Cámara Civil Iª., julio 17-1940).-G.C. Pedemonte-Tomo X, pág. 275-Seguro de Vida.-J.A.

PERITOS.- El juicio pericial no es de aplicación en el seguro de vida (art. 496 del Código de Comercio).-(Cámara Comercial, octubre 23-1902.-Meriana Mendizábal de Fábregas v. "La Franco Argentina").-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PERITOS.- No probado por el asegurador las retenciones que le atribuye al asegurado y demostrada por los peritos que se puede padecer de "litiasis biliar" sin sentirla ni saberlo, procede ordenar pagar la suma en que se aseguró.-(Cámara Comercial, mayo 8-1926.-Juárez de García Mariueta v. "La Rural").-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PERITOS.- Las objeciones acerca de la idoneidad o aptitud de los peritos resultan extemporáneas si no han sido formuladas en oportunidad de las respectivas designaciones. (la. Instancia, marzo 21-1935.-Cámara Comercial, marzo 29-1936.-Palermo Clelia Supacalle de v. "El Américo").-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PERITOS.- Cuando los peritos establecen de común acuerdo que la ercción gástrica que padecía el asegurado hubiera podido impedir el contrato, o habría modificado sus condiciones, se halla cumplido el requisito que exige el artículo 496 del Código de Comercio para declarar la nulidad del contrato.-(Ramos Morales Virginia v. La Equitativa de Pólizas.-Cámara Comercial, marzo 14-1930).-G.C. Pedemonte-Tomo IX, pág. 358-Seguro de Vida.-J.A.

PLAZO DE GRACIA.- Siendo el contrato de seguros un contrato de buena fe, que así como no debe dar lugar a provechos ilegales de parte del asegurado, tampoco puede autorizar que el asegurador consiga la caducidad de la póliza después de larga sesión de vigencia y habiendo un mes de gracia para el pago de la prima, quien paga treinta días después de la fecha señalada a ese fin, cumple con la estipulación contractual.-(Bichegarey Arturo v. "New York Life".-Cámara Comercial, diciembre 12-1916).-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PLAZO DE GRACIA.- Vencido el plazo para efectuar el pago de la prima estipulada en la póliza, el contrato de seguro de vida subsiste durante el mes de gracia que para ese pago acuerda la póliza, y muerto el asegurado en esa situación, la compañía debe pagar el importe de la suma asegurada, con deducción del importe de la prima adeudada.-(Cámara Comercial, agosto 9-1917.-Victor Comrage v. "La Mundial").-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PLAZO DE GRACIA.- No procede la caducidad de la póliza, aunque el pago de las primas se haga después de los plazos convenidos y aún después del plazo de gracia, si el asegurador acostumbra antes de fallecer el asegurado, aceptar ciertos pagos fuera de las condiciones estipuladas.-(Orfeli Nicolás M. y otros v. "La

Financiera".-la. Instancia, noviembre 15-1934.-Cámara Comercial, octubre 18-1935).-G.C. Pedemonte-Tomo III, pág. 123-Seguro de Vida.-J.A.

PRESCRIPCIÓN.- 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 pagado se debe a los herederos y respecto a éstos no corrió aquel plazo.- (Cámara Comercial, septiembre 7-1935.-Bacotti de Cosmo Angela v. "The diver plate", G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRESCRIPCIÓN.- Las excepciones son imprescriptibles. Cuanto de ra la acción dare la excepción.- (Cámara Comercial, diciembre 31-1938.-Pittaluga Fructuoso v. "La Previsora").-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRESCRIPCIÓN.- Es imprecédente la excepción de prescripción alegada por la compañía aseguradora, si la demanda fué entablada en el penúltimo día hábil del término señalado por el art. 353 del Código de Comercio.- (la. Instancia, marzo 29-1916.-Jose Oberlón de Mayeux v. "La Nación").-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRESCRIPCIÓN.- La prescripción se interrumpe, por la mera interposición de la demanda. No puede oponerse la prescripción contractual por plazos corridos durante la tramitación de un juicio, si no corrió el término de la perención.- (Cámara Comercial noviembre 2-1931.-Alcorta Ramón v. "El Cántil").-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRESCRIPCIÓN.- Aunque la demanda reclame el importe de un seguro, si la acción se funda en una parte reconocida en juicio, por la cual la aseguradora reconoce la existencia del derecho de los beneficiarios a condición de que éstos probaren su vínculo hereditario con el asegurado, la acción se prescribe a los diez años y no por el término que rige para la prescripción del seguro.- (Cámara Comercial, julio 2-1927.-Laborde Orlando J. Manuel Goyanacho de Laborde y otros v. "La Americana").-G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRESCRIPCIÓN.- La prescripción liberatoria se interrumpe por la simple interposición de la demanda por cobro del seguro (Boggi de Toria Angela v. La Anglo Italo Americana.-Cámara Comercial, septiembre 27-1937).-G.C. Pedemonte-Tomo VI, pág. 120-Seguro de Vida.-J.A.

PRESCRIPCIÓN. Entablada la demanda que persigue el cobro de un seguro de vida, ocho años después de fallecido el asegurado, ha transcurrido con exceso el término de la prescripción que establece el artículo 353 del Código de Comercio. La circunstancia de que la beneficiaria de un seguro de vida alegue que ignoraba la existencia del mismo prescindiendo del hecho que el asegurado no había pagado la primera anualidad, no justifica la aplicación del artículo 3929 del Código Civil, porque la facultad judicial de liberar al acreedor de las consecuencias de la prescripción supone la existencia de causas de carácter general que determinen la imposibilidad de ejercitar las acciones sujetas a la prescripción. Un inconveniente de carácter personal e imputable a los mismos interesados en el ejercicio de la acción, no constituye ni puede ser una causa suficiente para declarar suspendida la prescripción.- (Loreales Angela Vitale v. La Equitativa

va del Plata.-Cámara Comercial, marzo 24-1939).-G.C. Pedemonte
Tomo IX, pág. 259-Seguro de Vida.-J.A.

PRESCRIPCIÓN.- En el seguro de vida contratado por el padre a favor de sus hijos, el término de la prescripción comienza a correr desde la fecha en que se ha producido el discernimiento de la tutela ante el escribano público, como consecuencia del juicio de nombramiento de tutor.- (Suárez Angel Cueto diego v. La Anglo Italo Americana.-Cámara Comercial, agosto 2-1939).-G.C. Pedemonte-Tomo IX, pág. 275-Seguro de Vida.-J.A.

PRESCRIPCIÓN.- La prescripción que para las acciones derivadas del contrato de seguro establece el artículo 853 del Código de Comercio, rige solamente para los seguros a prima fija y sus efectos no alcanzan al seguro mutuo, en el que el asegurado es, a la vez, su propio asegurador.- (Vierax Paul J.V. Asociación de Previsión Social de Correos y Telégrafos.-Cámara Civil la. Setiembre 18 de 1939).-G.C. Pedemonte-Tomo IX, pág. 305-Seguro de Vida.-J.A.

PRESTAMO.- Procede el cobro de un seguro de vida, aun cuando el asegurado falleciere sin haber pagado una de las primas, si el plazo se había prorrogado automáticamente, y más aún si el asegurado tenía derecho a un préstamo con garantía de la póliza.- (Bourn de Bellepiant Simca v. La Anglo Italo Americana.-Cámara Comercial, julio 20-1939).-G.C. Pedemonte-Tomo VI, pág. 91-Seguro de Vida.-J.A.

PRESTAMO AL ASEGURADO.- El pago de la prima de un seguro que cubre los riesgos de incapacidad para el trabajo del asegurado, efectuado después de ocurrido el accidente mediante un contrato de préstamo celebrado con la compañía, autoriza al asegurado a pedir la nulidad de dicho préstamo y la devolución de lo pagado, si no acredita la violencia moral, cuando apoya su pedido de nulidad, como que no puede alegar que se trata de un pago hecho por error.- (Cámara Comercial, capital, junio 17-1937).-La Ley-Tomo 7, pág. 539.-

PRESTAMO AL ASEGURADO.- La cláusula que prevé que la suma que le hubiera correspondido al asegurado como préstamo o anticipo sobre la póliza, puede destinarse a poner en vigencia automática la misma por un período que no exceda de 12 meses, agregando que, si el préstamo sobrepasara la cuota de la prima, el excedente sería destinado al pago de prima por anualidades o fraccionación al descuento de un interés establecido, debe entenderse en el sentido de que los riesgos quedan cubiertos hasta la total absorción del valor imputable a la vigencia automática, aunque se trate de un plazo mayor de doce meses y no que la referencia hecha al excedente sobre el préstamo se aplica el pago fraccionado sólo cuando el importe de aquél se ha percibido en efectivo, máxime si la situación del préstamo en efectivo con garantía de la póliza y en el concepto de mutuo, se contempla en otra cláusula.- (Cámara Comercial, capital, junio 16-1937).-La Ley Tomo 7, pág. 549.-

PRESTAMO AL ASEGURADO.- Procede compensar el crédito de los sucesores del empleado por el importe del seguro de vida que debía aplicarse a la cancelación del préstamo hipotecario otorgado por la Caja Popular de Ahorros de la Provincia de Buenos Aires, con el crédito, por igual suma a favor de ésta por el importe del saldo del capital prestado.- (Cámara Comercial la. en la Plata, sala I

octubre 1-1946.-Hervás de Rodríguez Isabel c. Caja Popular de Ahorros de la Pcia. de Buenos Aires.-J.A. 948-IV-108.-La Ley-Repertorio VIII-Seguro de Vida.-J.A.

POLIZA valuada.- Establecido en el contrato de seguro que el pago de una determinada anualidad da derecho a una póliza salida de él el asegurado no mantiere vigente el contrato, el derecho nace el día mismo en que se ha dejado de pagar la anualidad respectiva.-Cámara Comercial, febrero 22-1904.-Pedro A. Bernardes v. "La Previsora".-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- El recibo de las cuotas de un contrato de seguro, que por los estatutos adolece de nulidad, no importa reconocerlo válido.-Ia. Instancia, 5 de abril de 1893.-Cámara Comercial, 19 de junio de 1894.-Sofía Gallardo de López v. "La Protectora del Hogar".-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- El pago de las primas es obligación del asegurado, no condición del contrato de seguro.-Ia. Instancia, 19-6-1895.-Cámara Comercial, 12-2-1896.-María E. de Schutt v. "La Equitativa de los E.S.U.V.". -C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- Estipulando la póliza un plazo para el pago de las primas y autorizando la misma póliza la acumulación de cuotas, el pago hecho por consignación dentro de ese plazo y por el importe de las cuotas atrasadas, debe declararse válido y por tanto en vigencia el contrato.-Ia. Instancia, octubre 28-1918.-Cámara Comercial, mayo 19-1919.-Boncini Hortensio v. "La Nación".-C. C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- Las primas abonadas al asegurador están exentas del impuesto, a no ser que figuren como valores colacionables en virtud de la correspondiente acción de liquidación por el heredero con derecho para promoverlo.-Ia. Instancia, julio 5-1929.-Cámara Comercial, septiembre 18-1929.-Muller, sur. 77.-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- Si el asegurador acepta el pago de la prima en plazos irregulares, fuera de los estipulados en el contrato, se presume que renuncia a la nueva revisión médica que, como condición previa, se exige para la rehabilitación de la póliza.-Orfali Nicolás v. y otros v. La Financiera.-Cámara Comercial, octubre 12-1935).-C.C. Pedemonte-Tomo III, pág. 125-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- Pagada la prima de un seguro de vida, con varios documentos, los cuales fueron levantados pocos días antes del deceso del asegurado, pero no en las fechas de vencimiento, no obstante vencido con exceso el plazo de gracia, corresponde el pago del seguro, aún cuando el importe de aquellos documentos haya llegado al asegurador después de producido el fallecimiento del asegurado.-Cámara Comercial, septiembre 7 de 1936).-C.C. Pedemonte-Tomo V, pág. 26-Seguro de Vida.-J.A.- La Ley-Tomo 3, pág. 1018.

PRIMA.- La circunstancia de que la compañía haya recibido el giro en pago de la prima del seguro de vida después de la fecha de la muerte del asegurado, no autoriza a declarar caduca y sin ningún valor la póliza, si en autos consta que la orden epistolar al Banco fue emitida con anterioridad a esa fecha.-Cámara Comercial Orfali, septiembre 7-1936).-La Ley-Tomo 3, pág. 1018.

PRIMA.- La falta de pago de una de las cuotas de la prima, no puede ser alegada como causal de caducidad del seguro, si antes de

su vencimiento la beneficiaria puse en conocimiento de la compañía la inhabilitación física que padecía el asegurado, para asegurarse, precisamente a la cláusula de la póliza que lo exoneraba del pago de las primas posteriores.-(Cámara Comercial, capital, octubre 20-1937).-La Ley-Tomo 8, pág. 1164.-

PRIMA.- El comprador de un terreno que ha cumplido sus compromisos y es, a la vez, asegurado de la compañía vendedora, puede suspender el pago de las cuotas convenidas si tiene noticias ciertas que aquella atraviesa por una crítica situación económica, pues está en arreglos con el acreedor hipotecario del terreno que compró. (art. 1425 del Código Civil).-(La Financiera v. Fernández S.L.-Cámara Comercial, diciembre 28 de 1939).-C.C. Pedemonte-Tomo X, pág. 338-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- Si la Ordenanza Municipal sobre Seguros de Vida preceptúa que, "con el pago de la prima quedará constituido el seguro que se crea", no habiéndose realizado el pago no puede reclamar se el beneficio del seguro.-(López de Fernández Juana M. v. Caja Municipal de Previsión Social.-Cámara Civil I, julio 17-1940).-C.C. Pedemonte-Tomo X, pág. 373-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- Si el asegurado cumplió con el pago de las primas, tiene acción para demandar al asegurador o a quien legalmente lo represente, para hacer efectivas las convenciones pactadas en la póliza.-(Medina de Ardenaz Concepción v. La Alemana y Ardenaz Pablo v. National Fire Ins. Co. of Hartford.-Cámara Comercial, 10-4-1940).-C.C. Pedemonte-Tomo X, pág. 314-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- Si la Ordenanza Municipal que creó el seguro de Vida fijaba una fecha para entrar en vigencia, pero condicionaba el funcionamiento integral de la institución al pago de la primera prima de los asegurados, es indudable que, no habiéndose realizado aquel pago, deben prevalecer los efectos de este acontecimiento sobre la aludida fecha.-Sabiendo que la vigencia del seguro de Vida municipal estaba suspendida, según la ordenanza que lo creó, el pago de la prima a prima, el empleado que fallece no deja a sus herederos derecho alguno, si se prueba que no hizo el aporte indispensable exigido para dar origen a ese derecho.-(Cajavilla Ornelana v. Municipalidad de Buenos Aires.-Cámara Civil II, agosto 8-1940).-C.C. Pedemonte-Tomo X, pág. 221-Seguro de Vida.-J.A.

PRIVILEGIO.- El crédito emergente de un contrato de renta vitalicia, no goza de privilegio en la quiebra del asegurador, aun cuando como privilegio fuera verificado.-(Paz, Clara v. La Mundial.-Cámara Comercial, marzo 18-1938).-C.C. Pedemonte-Tomo IV, pág. 54-Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- Alegada por la compañía demandada la nulidad del contrato de seguro de vida, basada en falsedad u ocultación maliciosa que de sus antecedentes de salud y asistencia médica anteriores a la contratación del mismo, hizo el asegurado en el cuestionario previo ante el médico de la compañía, y no probada la extensión que a ellas se les atribuyó, corresponde condenar al asegurador al pago del mismo.-(La Instancia, junio 20-1912.-Cámara Comercial mayo 6-1913.-Candelaria Laspeles de Gaslino v. "La Rosario").-C.C. Pedemonte - Tomo I - Seguro de Vida.-J.A.

PRIMA.- Probado por el asegurado el contrato de seguro de vida, el pago de las primas estipuladas y su edad, procede la acción contemplada, para que de acuerdo con las condiciones de la póliza, la

COMPENSA demandada devolva las sumas recibidas en cumplimiento del contrato.- (Cámara Comercial, agosto 5-1918.- Esteban V. del Campo v. "La Mutua".- G.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida J.A.

PRUEBA. - No habiéndose probado que la enfermedad causante de la muerte hubiese podido existir y ser conocida por el actor al solicitar su préstamo y el seguro de vida anexo, no procede aceptar la reticencia u ocultación alegada por la Caja de Jubilaciones Ferroviarias demandada en el caso.- (Casta Héctor v. Caja de Jubilaciones Ferroviarias.- Cámara Federal de la Capital agosto 6-1937).- G.C. Pedemonte-Tomo VII, pág. 127-Seguro de Vida. J.A.

PRUEBA. - Aun admitiendo que la enfermedad que produjo el deceso del asegurado pudiera aparecer repentinamente y desarrollarse con rapidez, existiendo prueba abundante que no pudo ignorar su estado de salud al suscribir el pedido de rehabilitación, procede declarar la nulidad del seguro.- (Dassis Natalia en lit. de v. El Sol de Canadá.- Cámara Comercial, agosto 4-1938).- G.C. Pedemonte-Tomo VIII, pág. 164-Seguro de Vida.- J.A.

PRUEBA. - Cuando cuatro de los cinco peritos nombrados opinaron en sus informes afirmando que las reticencias o falsas declaraciones atribuidas al asegurado no habrían influido en la celebración del contrato, y sostienen también que las enfermedades u operaciones que sufrió, en nada afectaban la duración de su vida, existe suficiente prueba para aceptar sus conclusiones.- (Larrodio, María Justina de v. El Comercio.- Cámara Comercial, agosto 11-1938).- G.C. Pedemonte-Tomo VIII, pág. 230-Seguro de Vida.- J.A.

PRUEBA. - Las reticencias del asegurado deben ser apreciadas indiscutible e indefectiblemente por medio de peritos, y de sus conclusiones no puede apartarse el tribunal, pues se trata de una prueba legal establecida por el legislador, frente a la que cualquiera que fuera la convicción del Juez debe prevalecer.- (Reyes Morales Virginia v. La Equitativa del Plata.- Cámara Comercial, marzo 14-1939).- G.C. Pedemonte-Tomo IX, pág. 330-Seguro de Vida.- J.A.

REASSEGURADO. - La falta de reaseguro no es causal bastante para anular la nulidad del seguro principal.- (Cámara Comercial, junio 19-1936.- Ricardo López v. "La Equitativa del Plata".- G. C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.- J.A.

RENUNCIA. - Si el asegurador acepta el pago de la prima en plazos irregulares, fuera de los estipulados en el contrato, se presume que renuncia a la nueva revisión médica que, como condición previa, se exige para la rehabilitación de la póliza.- (Arfali Swiss M. y otros v. La Financiera.- Cámara Comercial, octubre 18-1935).- G.C. Pedemonte-Tomo III, pág. 123-Seguro de Vida.- J.A.

RENTA vitalicia. - El crédito emergente de un contrato de renta vitalicia, no goza de privilegio en la quiebra del asegurador, aun cuando como privilegio fuera verificado.- (Clara Paz v. La Mundial.- Cámara Comercial, marzo 18-1936).- G.C. Pedemonte-Tomo IV, pág. 54-Seguro de Vida.- J.A.

RESOLUCION. - El asegurado no puede reclamar los premios pagados si el seguro de vida no ha encontrado vigente, aun cuando por

causas sobrevinientes pretenden la rescisión.- (Cámara Comercial 7-6-1899.-Herberto Fialero y otros v. "La Equitativa de los S. S. U. S. S.").-C.C. Fedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN.- La acción judicial sobre rescisión del contrato del seguro de vida no basta para suspender los efectos de la deducción si no se pagan en oportunidad las cuotas estipuladas.- (Cámara Comercial, 22 de julio 1899.-Esteban Chaise v. "La Buenos Aires").-C.C. Fedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN.- La intención de renunciar un derecho no se presume y la interpretación de los actos que induzcan a probarla debe ser restrictiva.- (la. Instancia, febrero 12-1904.-Cámara Comercial, agosto 3 de 1904.-Severo Salerno v. "La Previsora").-C.C. Fedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN.- Procede la rescisión del contrato de seguro, cuando el asegurado no cumple con las obligaciones que tomó a su cargo en el contrato. Pero la devolución de los premios pagados debe hacerse con deducción de las cuotas correspondientes al valor de los riesgos corridos.- (la. Instancia, mayo 18-1917.-Cámara Comercial, mayo 28-1916.-Rancio v. "El Cántil").-C.C. Fedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN.- Habiendo la compañía aseguradora subordinado el pago del seguro en virtud de una estipulación contractual a la presentación de la declaratoria de herederos, la prescripción empieza a correr desde que la beneficiaria obtuvo aquélla, entendiéndose que renuncia la compañía a la prescripción convenida en la póliza para el caso que no inicie la acción judicial en el plazo estipulado en la misma.- (la. Instancia, octubre 16-1916.-Cámara de Comercial, febrero 22 de 1919.-Ana Arvelo de Ordóñez v. "La Inmobiliaria").-C.C. Fedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN.- Vendido el plazo de la póliza de seguro de vida y resuelto por el asegurado, de acuerdo a la opción que se le dio, retirar en efectivo el valor íntegro de aquélla, el asegurador no está obligado a pagar sino la suma que representa el total de la reserva completa y los beneficios acumulados.- (la. Instancia, julio 25-1924.-Deprati Santiago v. La Inmobiliaria).-C.C. Fedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN.- Debe rechazarse la demanda que reclama el cobro de un seguro de vida si la compañía demuestra que el asegurado registró el contrato por su imposibilidad de pagar totalmente la prima y si, además, la acción se hallaba prescripta.- (la. Instancia, abril 2-1923.-Cámara Comercial, septiembre 7-1923.-Ferreira García Adela v. "La Mundial").-C.C. Fedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.-

RESTITUCIÓN del premio.- El asegurador no está obligado a conceder participación a los asegurados. Esta solo corresponde a una sobrepima que sirve para rectificar los cálculos del asegurador y si se produce un excedente, la restituye al asegurado, con la apariencia de un beneficio.- (Cámara Federal capit., noviembre 23-1940.-And. América Cia. de Seguros c. Impuestos a los Ráditos) La Ley, Tomo 57, pág. 776-Seguro de Vida.-J.A.

RESTITUCIÓN del premio.- Las compañías de seguros han tratado de crear una semejanza aparente entre las operaciones de seguro de vida y las operaciones de inversión de capitales, mediante la

participación de los beneficios. Dicho beneficio solo tiene el nombre de tal si se trata de la restitución total o parcial del recargo de las primas que, por lo común, no cubre ningún riesgo especial y sirve simplemente para equalizar la diferencia entre las tarifas de los seguros sin participación y aquellos con participación.-(Cámara Federal Capital, noviembre 25 de 1949.-Sud América e. Impuestos a los Réditos).-La Ley-Torco 57, pág. 775-Seguro de Vida.-J.A.

RENUNCIACION.- El comprador de un terreno que ha cumplido sus obligaciones y es, a la vez, asegurado de la compañía vendedora, puede suspender el pago de las cuotas convenidas si tiene noticias ciertas que aquella atraviesa por una crisis de función económica, pues está en arreglo con el acreedor hipotecario del terreno que compró (Art. 1425 del Código Civil). (La Financiera v. Fernández Matilde I. Cámara Comercial, diciembre 25-1959).-C.C. Pedemonte-Tomo I, pág. 338-Seguro de Vida.-J.A.

RENUNCIACION.- Toda declaración falsa del asegurado a la compañía aseguradora, que hubiera impedido o modificado las condiciones del seguro, lo hacen nulo. (la. Instancia, agosto 20 de 1961.-Cámara Comercial, diciembre 31-1962.-Pittaluga Fructuosa v. "La Previsora").-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RENUNCIACION.- El asegurado, que al contratar el seguro de vida, hizo de falsedades o reticencias en las declaraciones hechas ante el médico de la compañía aseguradora, ocultando maliciosamente las dolencias que anteriormente había padecido, como la asistencia médica que había recibido, hace nulo el contrato de seguro (Art. 498 del Código de Comercio).-Cámara Comercial, octubre 23-1903.-Barragán de Mendizábal Mariana v. "La Franco Argentina".-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RENUNCIACION.- Demostrado plenamente por la compañía asegurado la sustitución de la persona asegurada en el examen médico, previo a la celebración del contrato, como también que hubo reticencia o falsedad en las declaraciones prestadas ante el mismo facultativo, referentes a las enfermedades padecidas anteriormente y a la asistencia médica recibida, el contrato de seguro de vida es nulo.-(la. Instancia, octubre 10 de 1908. Cámara Comercial, febrero 20-1909.-Barrera Cro Alberto v. "La Mutua").-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RENUNCIACION.- La sanción de nulidad consignada en el art. 498 del código de comercio, no comprende a cualquier reticencia o declaración inexacta del asegurado, sino aquellas que, por su naturaleza y gravedad, hubieran necesariamente influido en el momento de suscribirse el contrato, ya sea impidiendo su celebración o determinando modificaciones en sus cláusulas.-(la. Instancia, mayo 17-1911.-Cámara Comercial, octubre 28-1911.-López Lino v. "La Previsora").-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RENUNCIACION.- Es procedente la nulidad del contrato de seguro de vida, basada en la falsa declaración que el asegurado hizo de su edad, cuando de haber más conocida por el asegurador la edad verdadera-más de 60 años-, no habría celebrado el mismo.-(la. Instancia, marzo 19-1915.-Cámara Comercial, septiembre 26-1916.-Campos Juan y otros v. "La Sabia Sencas").-C.C. Pedemonte-Tomo I-Seguro de Vida.-J.A.

RETICENCIAS.- Alegada por la compañía demandada la nulidad del contrato de seguro de vida, basada en falsedad o ocultación de licencias que de sus antecedentes de salud y existencia médica, anteriores a la contratación del seguro hizo el asegurado en el cuestionario previo ante el médico de la compañía, y no probada la extensión que a ellas se les atribuyó, corresponde condenar al asegurador al pago de la suma.- (la. Instancia, junio 20-21. Cámara Comercial, mayo 6-1915.- Gaspar Candelaria Lepeles de v. "La Rosario").- C.C. Pedernales-Tomo I-Seguro de Vida.- J.A.

RETICENCIAS.- No basta, para que quede afectada la validez del contrato, la existencia de declaraciones falsas o de reticencias sobre circunstancias conocidas del asegurado, las absolutamente necesarias a tales efectos, según el art. 499 del Código de Comercio, que unas y otras hubieron impedido el contrato o modificado sus condiciones a juicio de peritos, será de la jurisdicción de los tribunales esta apreciación.- (la. Instancia, agosto 4 de 1915.- Cámara Comercial, octubre 26-1915.- Ben Martín Rosalia Villafra de v. "The River Plate").- C.C. Pedernales-Tomo I-Seguro de Vida.- J.A.

RETICENCIAS.- No prueba por la compañía aseguradora la reticencia o falsedad de la declaración del asegurado, referente a la grave enfermedad que se alega padecía en el momento de celebrarse el seguro, la defensa de nulidad fundada en el artículo 499 del Código de Comercio, debe rechazarse.- (la. Instancia, marzo 29-1916.- Cámara Comercial, agosto 29-1916.- Bayeux Rosa Oberlin de v. "La Nación").- C.C. Pedernales-Tomo I-Seguro de Vida.- J.A.

RETICENCIAS.- En caso al contrato de vida si se comprueba que el asegurado procedió con reticencias y se dijo el médico de la compañía la verdad del estado de salud inducido o en error y viciando así el consentimiento.- (la. Instancia, marzo 1-1917.- Molina Ana M. v. "Providencia").- C.C. Pedernales-Tomo I-Seguro de Vida.- J.A.

RETICENCIAS.- No prueba por el asegurador las reticencias que le atribuye el asegurado y demostrado por los peritos que se puede padecer de "litiasis biliar" sin sentirla ni saberlo, procede ordenar pagar la suma en que se aseguró.- (la. Instancia, abril 11-1928.- Cámara Comercial, mayo 6-1928.- Juárez de García Enrique de v. "La Rural").- C.C. Pedernales-Tomo I-Seguro de Vida.- J.A.

RETICENCIAS.- No puede admitirse como prueba la reticencia dada al informe favorable de los médicos de la compañía y desde que tal vicio de reticencia en el contratante debió someterse al juicio de peritos.- (la. Instancia, junio 22-1929.- octubre 29-1930 Clavero Fandos Teresa v. "Luz América").- C.C. Pedernales-Tomo I-Seguro de Vida.- J.A.

RETICENCIAS.- No pudiendo considerarse reticentes las manifestaciones del asegurado, tanto más si se aceptan por el asegurador lo que de ellas le favorece y no lo que le resulta contrario, por lo que producido el caso, se debe la indemnización.- (la. Instancia, abril 11-1930.- Cámara Comercial, diciembre 29-1930. Salvatierra de Yobson Dolores v. "Providencia").- C.C. Pedernales-Tomo I-Seguro de Vida.- J.A.

RETICENCIAS.- Si los peritos designados en virtud de los dispuestos por el art. 499 del Código de Comercio establecen por unanimidad o por mayoría que el asegurado incurrió en reticencias en

sus declaraciones al celebrar el contrato, el juez no puede hacer otra cosa que aceptar la excepción fundada en la reticencia, desde que los términos de la disposición recordada son categóricos respecto al alcance de la prueba pericial.-(la. Instancia, marzo 31-1935.-Cámara Comercial, marzo 29-1935.-Palermo Gloria Capucio de v. "sus Américas").-G.C. Pedemonte-Tomo I -Seguro de Vida.-J.A.

RETICENCIAS.- El dolo, la mala fe y la reticencia deben ser probadas por el asegurador que las alega, en forma que no deje lugar a equívocos; la interpretación de esta prueba ha de ser restrictiva, inclinándose en caso de duda, en favor del asegurado, si el médico de la Compañía dictaminó favorablemente la aceptación del seguro. La reticencia es una causa necesaria que se por sí no basta para cancelar el contrato principal de seguro, si no se prueba la mala fe o el dolo como causa principal. La reticencia que hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones, debe ineludiblemente ser probada por peritos. Los términos del artículo 498 del Código de Comercio son expuestos al respecto y la única prueba que debe admitirse, es la señalada (Dufour de Castillón M. Esther v. La Estrella.-Cámara Comercial, Julio 12-1937).-G. C. Pedemonte, Tomo VI, pág. 30-Seguro de Vida.-J.A.- La Ley-Tomo 8, pág. 1083.-

RETICENCIA.- La reticencia u ocultación de buena fe del art. 498 del Código de Comercio, sólo puede referirse a circunstancias o hechos conocidos por el asegurado y que éste los oculte en la creencia de que carecen de importancia.-(Cámara Comercial, capital, octubre 13-1937).-La Ley -Tomo 8, pág. 1083.

RETICENCIA.- La expresión de "buena fe" que usa el art. 498 del cód. de comercio, no puede interpretarse como que corresponde a la reticencia u ocultación, que consistiría en no declarar la existencia de una enfermedad porque se ignora, si la enfermedad hubiere existido y el asegurado la ignorase sería válido el seguro.-(Cámara Comercial, capital, octubre 13-1937).-La Ley-Tomo 8 pág. 1083.

RETICENCIA.- En el supuesto del art. 498 del código de comercio el contrato no es nulo cuando media mala fe y válido en el caso contrario. Ni la buena fe salva al seguro cuando la falsedad o la reticencia son de naturaleza tal que deben invalidarlo, ni la mala fe lo anula cuando la declaración falsa no hubiera impedido su realización.-(la. Instancia, capital, noviembre 5-1937).-La Ley -Tomo 8, pág. 493.

RETICENCIA.- La prueba de la ocultación o reticencia pesa sobre el asegurador; debe ser precisa y concordante, y además, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones.-(Cámara Comercial, capital, octubre 13-1937).-La Ley Tomo 8, pág. 1083.

RETICENCIA.- El art. 498 del código de comercio adenta una excepción al principio procesal moderno incorporado a nuestra legislación que da al juez amplia libertad para apreciar el valor de la prueba.-(la. Instancia, capital, noviembre 5-1937).-La Ley-Tomo 8, pág. 493.

RETICENCIA.- La trascendencia que para la celebración del contrato y sus condiciones habrían tenido las circunstancias omitidas por el asegurado, aun de buena fe, sólo puede ser apreciada por peritos, ante los términos expresos del art. 498 del código

go de comercio.-[Cámara Comercial, capital, julio 12-937].-La Ley-Tomo 7, pág. 990.

RETICENCIA.- El informe del perito designado por la compañía en cuanto afirma que los síntomas de la sífilis eran tan evidentes que en el período precontractual el asegurado no pudo ocultar o desconocer la presencia del mal, no debe tenerse en cuenta, dada que es innegable que antes de celebrarse el contrato éste fué detenidamente examinado por un facultativo del asegurador, que pudo, evidentemente, constatar el riesgo después de un prolijo examen "anónimo y en privado" como lo revelan las "observaciones adicionales" que agrega a dicho informe.-[Cámara Comercial, capital, octubre 20-937].-La Ley-Tomo 8, pág. 1104.

RETICENCIA.- En el supuesto del art. 498 del código de comercio, los expertos que se expiden en autos, nada tienen que inferir acerca de la presunta mala fe del asegurado, ni sobre las razones jurídicas de validez o nulidad del contrato, sino únicamente sobre la influencia en el dolo del asegurador de la ocultación o disimulo de antecedentes clínicos del asegurado que habría impedido o modificado el seguro.-[La Instancia, capital, noviembre 3-937].-La Ley-Tomo 8, pág. 493.

RETICENCIA.- La circunstancia de que el asegurado usara lentes o anteojos, aun en el caso de haberse probado, no basta por sí sola para anular el seguro conforme a lo dispuesto por el art. 498 del código de comercio, si a la vez no se prueba que lo ocultó de buena o mala fe.-[Cámara Comercial, capital, octubre 12-937].-La Ley-Tomo 8, pág. 1083.

RETICENCIA.- Aun admitiendo que la sífilis fué la causa generadora de la parálisis general progresiva que causó la muerte del asegurado, ello sólo no autoriza a invocar el art. 498 del código de comercio, si el mismo perito de la demandada llega a afirmar que se puede padecer de esa enfermedad sin saberlo ni demostrarlo.-[Cámara Comercial, capital, octubre 20-937].-La Ley-Tomo 8, pág. 1104.

RETICENCIA.- La causal de nulidad del seguro que se funda en la disimulación voluntaria y dolosa de una enfermedad o de un acha que incurable del asegurado, no funciona cuando se trate de un paralítico general y por ende inconsciente de su situación patológica.-[Cámara Comercial, capital, octubre 20-937].-La Ley-Tomo 8, pág. 1104.

RETICENCIA.- La circunstancia de que el asegurado haya dejado cesar el seguro, con posterioridad a la fecha en que se le atribuye que ya conocía el mal que padece, para obtener después su rehabilitación, efectuando el pago de la prima, contribuye fuertemente a demostrar la inexistencia de la reticencia alegada, cuando las particularidades del caso no permiten explicar lógicamente esa falta de previsión.-[Cámara Comercial, capital, octubre 12-937].-La Ley-Tomo 8, pág. 1083.

RETICENCIA.- El art. 498 del código de comercio no autoriza a declarar la nulidad del seguro, si cuatro de los cinco médicos que informan en autos, coinciden en que la reticencia o las falsas declaraciones que sobre su estado de salud hizo el asegurado a los médicos de la compañía que lo revisaron, no son fundamento bastante para anular el contrato y que tampoco hubiera sido causal para no realizarlo, pues las enfermedades en operación

nes de que fue objeto aquella no afectaban en nada la duración de su vida.-[Cámara Comercial, capital, agosto 31-1933].-La Ley-Tomo 12, pág. 190.

REVICENCIAS.- El valor de las retencencias o falsas declaraciones del asegurado, y la influencia que éstas hubieran podido tener en la celebración del contrato, son elementos de juicio que deben ser apreciados por peritos y los jueces no pueden apartarse ni desoir las conclusiones de la prueba, ni tampoco discutir su valor legal, ni su equidad.-[Larrazo Larraín J. El Falso de v. El Comercial.-Cámara Comercial, agosto 31 de 1933].-C.C. Pedemonte-Tomo VIII, pág. 230-Seguro de Vida.-J.A.-La Ley-Tomo 12, pág. 190.

REVICENCIA.- El ocultamiento o falsedad es materia que puede ser objeto de todo medio de prueba, pero su trascendencia sobre la existencia del contrato o sus condiciones, sólo puede ser establecida por el medio único indicado en la disposición legal al cada.-[Cámara Comercial, capital, noviembre 31-1933].-La Ley-Tomo 12, pág. 964.

REVICENCIA.- La comprobación de las retencencias o falsas declaraciones cometidas por el asegurado no determina por sí la nulidad del seguro. Es indispensable que, en aplicación de lo dispuesto en el art. 493 del Cód. de Comercio, el juicio de peritos aprecie la trascendencia que aquella habría tenido en la celebración del contrato.-[Cámara Comercial, capital, noviembre 31-1933].-La Ley-Tomo 12, pág. 964.

REVICENCIA.- El conocimiento por parte del asegurador, de circunstancias esenciales para la celebración del contrato, elimina las consecuencias de la falta de una respuesta explícita al cuestionario por parte del asegurado.-[Cámara Comercial, capital, noviembre 31-1933].-La Ley-Tomo 14, pág. 27.

REVICENCIAS.- A los efectos de la nulidad del contrato de seguro que establece el artículo 493 del Código de Comercio, no es suficiente que las retencencias del asegurado estén probadas en el juicio; es indispensable que los peritos aprecien la trascendencia que habría tenido en la celebración del contrato, pues se trata de un medio de prueba esencial, exclusivo y solemne, planteado expresamente por el legislador.-[Parodiá Montero Larrazo B de v. La Inmobiliaria.-Cámara Comercial, noviembre 31-1933].-C.C. Pedemonte-Tomo VIII, pág. 67-Seguro de Vida.-J.A.

REVICENCIAS.- Las retencencias del asegurado deben ser apreciadas indiscutible e indefectiblemente por medio de peritos, y de sus conclusiones no puede apartarse el tribunal, pues se trata de una prueba legal establecida por el legislador, frente a la que cualquiera que fuere la convicción del Juez debe prevaler.-[Ramos Morales Virginia v. La Quitativa del Plata -Cámara Comercial, marzo 14-1933].-C.C. Pedemonte-Tomo II, pág. 359-Seguro de Vida.-J.A.

REVICENCIAS, REVICENCIAS, FALSA DECLARACION.- No basta probar la comisión de la enfermedad para que proceda declarar la nulidad del seguro en virtud de lo dispuesto por el art. 493 del Código de Comercio. Sólo el juicio de peritos debe apreciar la trascendencia que para la celebración del contrato y sus condiciones habrían tenido las circunstancias ocultas por el asegurado, aun de buena fe. Si dicha prueba no se ha producido, corresponde rechazar la declaración de nulidad solicitada por la

demandada.- (Superior Tribunal Santa Fe, junio 26-942.- Cavallo ro, Emilio J. c. Federación Obrera Cía de Seguros).- La Ley, 27-774-Repertorio IV-Seguro de Vida.-J.A.- REP. I-27.

RESCISIÓN, RESCISIÓN, FALSA DECLARACION.- Corresponde al juicio de peritos en la materia la apreciación de si hubo en la contratación del seguro ocultaciones, reticencia y fraude.- (Cámara de apelación La Plata, sala II, octubre 2-942. Federación Patronal, Soc. Coop. c. Nigari, Benito).- La Ley-Repertorio IV-Seguro de Vida.-J.A.- REP. 942-II-660.

RESCISIÓN, RESCISIÓN, FALSA DECLARACION.- La falta de la prueba pericial prescripta por el art. 498 del código de comercio, impide que prospere la reticencia alegada por el asegurador.- (Cámara de apelaciones Rosario, sala III, marzo 23-943.- Kohen, Israel c. La Comercial de Rosario, Cía de Seguros.- REP. 3-129.- La Ley-Repertorio V-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN, RESCISIÓN, FALSA DECLARACION.- La cláusula de "indisputabilidad" es ilícita, e importa la renuncia por el asegurador del derecho que le acuerda el art. 498 del código de comercio. (Cámara de apelaciones Rosario, sala II, setiembre 10-942.- Orcochia, Fernando S. c. La Continental, Cía de Seguros).- La Ley, 31-262-Repertorio V-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN, RESCISIÓN, FALSA DECLARACION.- El art. 498 del código de comercio, no requiere la prueba de que la enfermedad oculta sea crónica ni que se establezca el carácter de mal padecido. (Cámara Comercial, capital, setiembre 24-943.- Vaudagna, Constantino S. c. La Rosario, Cía de Seguros).- La Ley-Repertorio V-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN, RESCISIÓN, FALSA DECLARACION.- La reticencia debe ser apreciada indiscutible e inderechitadamente por peritos, y el tribunal no puede apartarse de sus conclusiones.- (Cámara Comercial, capital, setiembre 24-943.- Vaudagna Constantino S. c. La Rosario, Cía de Seguros).- J.A. 943-IV-666- REP. 166-311.- La Ley-Repertorio V-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN, RESCISIÓN, FALSA DECLARACION.- Incurre en reticencia el asegurado que calla su examen en el Instituto de Medicina Experimental (Instituto del Cáncer), aunque ignorara el resultado.- (Cámara Comercial, capital, mayo 14-945.- Gallinotti de Piqué Micaela A. c. La Continental, Cía de Seguros).- J.A. 945-II-717 - REP. 176-184.- La Ley-Repertorio VII-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN, RESCISIÓN, FALSA DECLARACION.- El art. 498 del código de Comercio, impone la prueba de peritos como único medio de acreditar la reticencia. (Cámara Comercial, capital, mayo 14-945.- Gallinotti de Piqué Micaela A. c. La Continental, Cía de Seguros).- J.A. 945-II-717 - REP. 176-184.- La Ley-Repertorio VII-Seguro de Vida.-J.A.

RESCISIÓN, RESCISIÓN, FALSA DECLARACION.- En materia de seguros, la buena fe de las partes contra antes tiene que extenderse primeramente, a fin de que el cumplimiento recíproco de las obligaciones y el ejercicio de los derechos de asegurador y asegurado no resulten trabados por un excesivo pignatismo en la interpretación de las cláusulas compromisorias, habitualmente numerosas y prolijas.- (Cámara Comercial, capital, noviembre 7-945.- Gaudet Roberto C. y otra c. La Holando Sudamericana, Cía de Seguros).- La Ley, 41-352-Rep. VII-Seguro de Vida.-J.A.

RISUEÑO, RETICENCIAS, FALSA DECLARACION. - La falta de prueba de la ocultación, reticencia o falsa declaración en la solicitud del asegurado que pudieran haber incidido en error a la compañía aseguradora, o quien inscribía tal prueba, hace inoperante la penalidad prevista en la póliza para el caso efectivo y afirmativo o sea la obligación de reintegrar la suma abonada en concepto de seguro (Cámara Comercial capital, mayo 22-946 - La Princesa, Cía de Seguros o. Saenedotti y Hno.) J. A. 946-III-65 - B.F. 122-510. - La Ley - Repertorio VIII - Seguro de Vida - J.A.

RISUEÑO, RETICENCIAS, FALSA DECLARACION. - La prueba de peritos impuesta por el artículo 498 del ccd. de com. es ineludible, y sus conclusiones se imponen al juez: si no se produce no cabe aceptar la anulación por reticencia imputada al asegurado. (Cámara Comercial, capital agosto 28-946 - La Comercial de Rosario, Cía de Seguros o. Reitzman, Gregorio). La Ley, 44-117 - Repertorio VIII - Seguro de Vida - J.A.

RISUEÑO, RETICENCIAS, FALSA DECLARACION. - La norma del art. 499 del código de comercio repetida en el art. 500, apart. 1.ª obedece a que el seguro es un contrato de indemnización efectiva. (Cámara Comercial capital, diciembre 27-946 - Staudt y Cía, S.A. o. Cía. Gral. de Ferrocarriles en la Prov. de Buenos Aires y otras), CF. 187-49 - La Ley - Repertorio IX - Seguro de Vida - J.A.

RISUEÑO, RETICENCIAS, FALSA DECLARACION. - La parte no puede invalidar el examen médico previo del médico del asegurador, para destruir las conclusiones de la pericia que aceptó. (Cámara Comercial capital, noviembre 20-947 - Pagano, Lorenzo o. La Rosario, Cía de seguros). La Ley 45-411 - Rep. IX - Seguro de Vida - J.A.

RISUEÑO, RETICENCIAS, FALSA DECLARACION. - Si el asegurado está obligado a ser veraz en sus declaraciones, el mal procedo, la culpa o negligencia del médico del asegurador corre por cuenta de éste. (Cámara Comercial capital, noviembre 20-947 - Pagano, Lorenzo o. La Rosario Cía de Seguros) La Ley 45-411 - Rep. IX - Seguro de Vida - J.A.

RISUEÑO, RETICENCIAS, FALSA DECLARACION. - La falsa manifestación del domicilio, no constituye reticencia, si es un elemento accesorio del contrato. (Cámara Comercial capital, octubre 31-947 - Germandía de Arhex, Néida o. La Continental Cía de seguros.) La Ley 45-943 - Rep. IX - Seguro de Vida - J.A.

RISUEÑO, RETICENCIAS, FALSA DECLARACION. - La prueba de peritos dispuesta por el art. 498 del código de comercio es una prueba legal: sus conclusiones se imponen al juez. (Cámara Comercial capital, octubre 31-947 - Germandía de Arhex, Néida o. La Continental Cía de seguros) La Ley 45-411 - Rep. IX - J.A.

RISUEÑO, RETICENCIAS, FALSA DECLARACION. - Importa reticencia, que puede autorizar la anulación del contrato, la ocultación de una propuesta anterior de seguro, rechazada, o la denegación médica de haber sufrido determinado enfermado. - (Cámara Comercial capital, octubre 31-947 - Germandía de Arhex, Néida o. La Continental, Cía de Seguros). La Ley 45-943 - Rep. IX - Seguro de Vida - J.A.

RECURSO RECURSIVO EN FALSA DECLARACION. - La resolución de la Superintendencia de Seguros, dictada en uso de sus facultades, confirmada por el Ministerio y por el Poder Ejecutivo, que ha desaprobado la cláusula de una póliza de seguro sobre accidentes por el art. 425 del código de comercio, no puede considerarse abusiva, ni que priva del derecho de ejercer industria o comercio, pues puede hacerse ese ejercicio ajustando los contratos a las condiciones de aptitud determinadas por la autoridad competente, y que la Constitución no garantiza el absoluto privilegio de operar o dirigir un negocio como uno cualquiera y puede justificarse su reglamentación para impedir la ruina de los fondos de reservas del Estado. (Cámara Federal Capital, noviembre 7-347 - El Comercio, Cía de Seguros e. Gobierno Nacional.) La Ley 45-537 - Reportorio IX - Seguro de Vida. J.A.

RECURSO RECURSIVO EN FALSA DECLARACION. - El asegurado incurre en falsa declaración que anula el contrato de seguro de vida si al informar al asegurador sobre las circunstancias del riesgo niega -aunque de buena fe- la existencia de una enfermedad bronquial sobre la cual se le inquirió particularmente y con preaviso de que la misma pasara inadvertida para el médico de la compañía. (Cámara de Apelación Rosario, sala I diciembre 2-347 - Autuano de Paladino, Antonio e. La Unión Obrera Cía. de Seguros) La Ley 45-535 - Reportorio X - Seguro de Vida. J.A.

RECURSO RECURSIVO EN FALSA DECLARACION. - Sucurrido el fallecimiento de un obrero de un establecimiento industrial, cuyo por suelto se encuentra asegurado por una póliza colectiva y allegado por la compañía aseguradora, que la muerte se produjo por un accidente del trabajo no resultante del mismo instructo a raíz del hecho acto delictivo alguno, y siendo invariable el suicidio; y no admitiendo que la muerte se produjo por imprudencia del mismo obrero, cabe condenar a la compañía aseguradora al cumplimiento del riesgo que debe satisfacerse. (lo. Instancia, diciembre 10-314 Cámara Comercial noviembre 20-315 - Carmen Fernández de Rodríguez v. "La Rural". C.C. Poderante - Toms - Seguro de Vida - J.A.

RECURSO RECURSIVO EN FALSA DECLARACION. - En el seguro por los accidentes que pueda ocasionar el manejo de un automóvil, no existe impedimento para que el propietario se asegure si mismo contra los accidentes corporales que pueda sufrir en su conducción, como chófer o acompañante. (Cámara Comercial, capital diciembre 30-344 - Riza Carlin y otro e. La Anglo Argentina, Cía. de Seguros). La Ley, 37-536 - Reportorio VII - Seguro de Vida. J.A.

RECURSO RECURSIVO EN FALSA DECLARACION. - Si el seguro de accidente no prevé el homicidio como riesgo insurable, éste se excluye. (Cámara Comercial Capital, diciembre 19-347 - Juan Guillermo e. La Equitativa del Plata, Cía de Seguros). La Ley 50-127 - Reportorio X - Seguro de Vida - J.A.

RECURSO RECURSIVO EN FALSA DECLARACION. - Si el asesinato se prevé en la póliza, incluido en el concepto de accidente, debe reputarse como tal la muerte del asegurado por la concubina, si no estuvo en condiciones de prever o evitar la muerte. (Cámara Comercial Capital, diciembre 19-347 - Juan Guillermo e. La Equitativa del Plata, Cía de Seguros). La Ley 50-127 - Repor

torio A - Seguro de Vida.- J.A.

DESTITUCIÓN ACCIDENTAL.- El asegurador puede hacerse subrogar convencionalmente por el mismo asegurado o por sus sucesores, pero aun en este supuesto la subrogación no lo autoriza para reclamar una suma igual o la indemnización que él ha debido pagar en virtud del contrato del seguro de vida, sino el valor de los daños y perjuicios que el asegurado o sus de hecho-habientes hubieran podido obtener si hubieran actuado por sí mismos, contra los autores del siniestro. (Suprema Corte Buenos Aires, agosto 27-249 - Federación Patronal, Soc. Com. de Salas y Vides, La Ley 53-635 - Departamento X - Seguro de Vida - J.A.)

PREMIOS en oro.- Contratado el seguro de vida en valor oro, si las partes al cumplir las respectivas obligaciones del contrato se han ajustado a la conversión de 2.27 papel por cada peso oro, el contrato debe liquidarse de igual manera, más con respecto a la disposición del art. 4º de la ley nº 12.100. (Suprema Corte Marcial v. Sud América - Cámara Comercial, junio 14-939). C.C. Padronato - Tomo I, pág. 95 - Seguro de Vida - J.A.

SEGURO en moneda extranjera.- Cuando el contratarse el seguro se predice con claridad que el pago se efectuará al tipo de cambio de pesos oro argentinos con relación a marcas alemanas, esa conversión debe determinar también la forma de liquidar el seguro, sin poder pretender el asegurado un beneficio mayor, ni el asegurador exonerarse del pago, en razón de las fluctuaciones y sustitución de valores hechas en el régimen monetario extranjero. (Medina de Ardenas Concepción v. La Alemana y Pablo Ardenas v. National Fire Ins. Co. of Hartford, - Cámara Comercial, abril 10-94.) C.C. Padronato - Tomo X pág. 314 - Seguro de Vida - J.A.

SEGUROS oficiales.- 1.- El seguro de vida instituido por una ordenanza municipal, cubriendo a los empleados de la Comuna, no tiene origen en un contrato, sino en un acto administrativo, por lo cual debe regirse, ante todo, por el derecho público interno y sólo subsidiariamente por el derecho privado.

2.- Los seguros así constituidos deben equipararse a un acto de provisión social que, en ningún momento, ni por circunstancia alguna, por transitoria que sea, puede convertirse en un acto de beneficencia o en una liberalidad. (Majarevilla Concepción v. Municipalidad de Buenos Aires, Cámara Civil II, agosto 2-94.) C.C. Padronato - Tomo I, pág. 281 - Seguro de Vida - J.A.

INEFICACIA.- La sentencia que no llena los requisitos de los artículos 516 y 517 del Código de Procedimientos, es nula, y así corresponde declararlo. (Medina de Ardenas Concepción v. La Alemana y Ardenas Pablo v. National Fire Ins. Co. of Hartford Cámara Comercial, abril 10-94) C.C. Padronato - Tomo I pág. 314. - Seguro de Vida.- J.A.

MINISTERIO por obra del asegurado.- Se vélica la cláusula en virtud de la cual el asegurado tiene derecho a la indemnización si el suicidio ocurre después de un año de concertado el contrato.- La Ley - T.3 - secc. jurisp. ext., p. 20

MINISTERIO por obra del asegurador.- El art. 554 del código de

CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL SUICIDIO. - El suicidio no hace distinción alguna con respecto de la causa que haya podido originar el suicidio, pero la doctrina y la jurisprudencia fijan al momento de dicha distinción legal, sólo admiten que se refiera al suicidio voluntario. (Cámara Comercial Capital, noviembre 20-1941 - Solari de de López Espada, Juan C. La Equitativa del Plata, Cia de Seguros). La Ley 25-13 - Rep. IV - Seguro de Vida J.A.

CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL SUICIDIO. - El asegurador que invoca el suicidio del asegurado para eximir su responsabilidad, sólo está obligado a probar el cumplimiento del hecho. (Cámara Comercial Capital, noviembre 20-1941 - Solari de de López Espada Juan C. La Equitativa del Plata, Cia de Seguros). La Ley 25-13 - Rep. IV. - Seguro de Vida. - J.A.

CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL SUICIDIO. - La prueba de que el suicidio del asegurado no es un hecho voluntario, corresponde al actor que lo sostiene. (Cámara Comercial Capital, noviembre 20-1941 - Solari de de López Espada, Juan C. La Equitativa del Plata, Cia de Seguros). La Ley 25-13 - Rep. IV - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL SUICIDIO. - El dolo del asegurado sólo es causal de nulidad del contrato, cuando reúne los requisitos de los arts. 932 y sigts. del código civil. (Cámara Comercial Capital, agosto 3-1943 - Crocchia F.D. e. La Continental, Cia de Seguros). La Ley 31-868 - Rep. V - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL SUICIDIO. - El dolo del asegurado no es causal de nulidad del contrato, cuando el asegurador pudo tomar las precauciones necesarias para conocer la existencia del engaño o artificio. (Cámara Comercial Capital, agosto 3-1943 - Crocchia F.D. e. La Continental Cia de Seguros). La Ley 31-868 Rep. V. - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL SUICIDIO. - El dolo del tercero es causal de nulidad del contrato de seguro, sólo cuando reúne los requisitos de los arts. 932 y concord. del cód. civil. (Cámara Comercial Capital, agosto 3-1943 - Crocchia F.D. e. La Continental, Cia de Seguros.) La Ley 31-868 - Rep. V. - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL SUICIDIO. - Suicidio - Si el suicidio no es voluntario, es decir, cuando el asegurado no ha provocado intencionalmente el siniestro, subsiste la obligación de asegurar asumida por el asegurador. (Cámara La. de Apelación La Plata - Sala I, octubre 1-1948 - Narvas de Rodríguez Isabal e. Caja Popular de Ahorros de la Prov. de Bs. As.) J. 17-948 - IV-128 - La Ley - Repertorio VIII - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL SUICIDIO. - Si el asegurado viola las prescripciones médicas, la indemnización debe calcularse conforme a la duración de la incapacidad total y parcial que, según peritos, habría sufrido si se hubiera ajustado al tratamiento ordenado. (Cámara Comercial Capital, mayo 14-1947 - Olivari, Leopoldo J. e. Cia. D'Asurancas Generales). La Ley 47-15 - Repertorio IX - Seguro de Vida - J.A.

CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL SUICIDIO. - La expresión "acto del propio asegurado" presiona que el accidente debe producirse como una consecuencia de la voluntad e de la intención del asegurado, y como acto voluntario requiere discernimiento, intención y voluntad. (Cámara Comercial Capital, marzo 22-1948 - Suñer de Marchini, Vicente e. Sud-América, Cia de Seguros) La Ley - Tomo 88 - pág. 838 - Seguro de Vida - J.A.

SECUNDARIA CONTINUA. - Probado que las esposas han vivido separadas durante varios años sin voluntad de volver a unirse y no obstante haber sido la esposa declarada heredera legítima, no procede el pago del subsidio que le acuerda la asociación de caritativo mutual a la que el extinto perteneció. La prueba de testigos denominada al testimonio de los familiares, que coinciden en afirmar que durante la enfermedad del asegurado nunca trataron con la esposa de éste, es suficiente para demostrar la separación de hecho que existía entre los esposos (Férrera de Rivas Jurere T. Asociación Pro Maestros de Lengua la. Cámara Civil la. noviembre 12-1937). G.C. Fedemonte Tomo VII, pág. 141 - Seguro de Vida - J.A.

SUICIDIO. - No siendo nulo absolutamente el seguro sobre riesgo de suicidio, si éste se produjo dos años después de haberse aquí contratado, no procede su declaración ni la devolución de las primas pagadas al asegurador. (Fernández de Fernández Barón v. "La Naval" la. Instancia noviembre 17-1924 - Cámara Comercial, abril 6-1926.) G.C. Fedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

SUICIDIO. - La compañía aseguradora no puede pretender eximirse del pago de las costas, si se opuso al pago del seguro aduciendo al suicidio del asegurado, allanándose a la demanda recién en el alegato, después que la parte actora produjo prueba de la muerte de aquí en un accidente. (Cámara Comercial junio 20-1926.) G.C. Fedemonte - Tomo IV pág. 121 - Seguro de Vida - J.A.

SUICIDIO. - En general se admite que debe presumirse el accidente cuando se duda entre este supuesto y el suicidio del asegurado. (la. Instancia capital ab. 20-1928.) La Ley - Tomo 14 - pág. 417.

SUICIDIO. - La prueba de la existencia del accidente a raíz del cual murió el asegurado, por donde a la actora, que lo sostiene como fundamento de su acción y elemento constitutivo del derecho que ejercita. A la vez a la demandada, que se excepciona alegando el suicidio voluntario de aquí, la incumbe el "onus probandi" del tal extremo. (la. Inst. cap., abril 26-1926). La Ley Tomo 14 pág. 417.

SUICIDIO. - La prueba del suicidio voluntario corresponde al asegurador, que puede hacer valer para ello los indicios que vez existentes. (la. Inst. cap. abril 26-1926.) La Ley - Tomo 14 - pág. 417.

SUICIDIO. - Si bien en principio el suicidio no se presume por el solo hecho de encontrar la víctima con el cuerpo traspasado por un disparo de arma de fuego, debe presumirse, cuando la herida que causó la muerte es la típica del suicidio, el arma es un revólver perteneciente a la víctima y ésta hace los disparos con su propia mano, en condiciones que presentan como poco menos que inverosímil la posibilidad de un asesinato y existe un hecho que explica esa decisión del asegurado. (Ira. Inst. cap. abril 26-1926). La Ley - Tomo 14 - pág. 417.

Liquidación del Seguro. - La carta remitida por el asegurado solicitando de la compañía instrucciones para obtener los in

portes de la póliza, cuando ya había vencido el plazo establecido en las condiciones generales, para el ejercicio de la facultad de optar por salir el seguro con devolución de las sumas pagadas, carece de toda eficacia en cuanto al derecho de obtener esa devolución que pretende hacer valer el asegurado. (Cámara comercial capital, junio 6-1933) La Ley Tomo I - pág. 1039.

SUICIDIO. - El suicidio no hace presumir la anormalidad mental. (Cámara comercial capital, diciembre 19-1917 - Juan Guillermo o. La Equitativa del Fista, Cia de seguros). La Ley 30-127 - Repertorio B - Seguro de Vida - J.A.

TESTIGOS. - Carecen de valor probatorio las declaraciones prestadas mediante informe por personas no comprendidas en la enajenación del artículo 202 del Código de Procedimiento. (1a. Instancia, abril 25-1922 - Cámara Comercial octubre 31 - 1933. Barone de Calcinio v. "La Italia".) C.C. Fedemonte - Tomo I - Seguro de Vida - J.A.

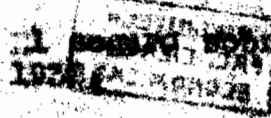
TESTIGOS. - No tienen valor algunas las declaraciones de los dependientes del asegurador y es procedente la tacha de tales testigos. (Hall Grosven Huberto v. El Sol de Canadá - Cámara comercial, octubre 13-1937.) C.C. Fedemonte - Tomo VI - pág. 226 - Seguro de Vida - J.A.

TESTIGOS. - La prueba testimonial de que el asegurado "pidió al asegurador la liquidación del seguro" no prevalece ante las resultancias de la pericia realizada y que surgen de los libros del asegurador. (Carola Iaidora v. La Financiera - Cámara Comercial junio 6-1930). C.C. Fedemonte - Tomo VIII - pág. 109 - Seguro de Vida - J.A.

TUTELA. - En el seguro de vida contratado por el padre a favor de sus hijos, el término de la prescripción comienza a correr desde la fecha en que se ha producido el discernimiento de la tutela ante escribano público, como consecuencia del juicio de nombramiento de tutor. (Munoz Angel Custodio v. La Anglo Italo Americana - Cámara Comercial, agosto 2-1931). C.C. Fedemonte, - Tomo IX pág. 276 - Seguro de Vida - J.A.

BIBLIOGRAFIA

- CABALLERO SANCHEZ, ENRIQUE: Introducción al estudio del seguro privado.- Madrid, 1949.
- CAJA NACIONAL DE AHORRO POSTAL: Memorias de los años 1946 a 1951.
- CARPENA, FROSTIGSO (h): La explotación del seguro y su régimen legal.- Buenos Aires, 1935.
- CARPENA, FROSTIGSO, (h): Régimen jurídico-económico del seguro privado en Guayaquil.- Estudios de Seguros Julio-diciembre, 1939. Tomo II; N° 3-4.
- CARPENA, FROSTIGSO (h): Régimen legal de las reservas de las compañías de seguros.- Estudios de Seguros.- Julio-diciembre, 1940.- Tomo III N° 3-4.-
- GASTILLO, RAMÓN R.: Curso de derecho comercial, Buenos Aires, 1932.- CÓDIGO DE
COMERCIO
- CODIGO DE COMERCIO, CIVIL Y PENAL Disposiciones aplicables al seguro de vida.
- ROSSI, FRANCISCO: Lezioni di diritto civile.
- DÍAZ DE GUJARRO, ENRIQUE: Seguro de vida. Proposición al primer Congreso Nacional de Derecho Comercial (Buenos Aires) Estudios de Seguros, 1940.
- DÍAZ DE LAS MUJERES, FRANCISCO: El seguro como institución necesaria e importante en la moderna civilización.- Seguros y Bancos.- Abril, 1948.
- GACETA DEL PODER: Jurisprudencia sobre seguros de vida.
- GARCÍA, GATTELL, GUSTAVO M.: El vendedor de seguros de vida.- Seguros y Bancos.- Enero 1948.
- CONALES CALÉ, JOSÉ: Los seguros y el cálculo de las probabilidades.- Estudios de Seguros.- Julio-diciembre 1939.

- GONZÁLEZ GALÉ, JOSÉ: Primeras acciones acerca del seguro de vida.-Balances, 1941.
- GONZÁLEZ GALÉ, JOSÉ: La primera póliza de seguros de vida.-Balances- Abril 1942.
- GUGLIELMO, PASCUAL DI : La autoproducción del siniestro en el seguro de vida.- Buenos Aires, 1937.
- HERMANNSDORFER, FRITZ : Seguros privados.-Barcelona, 1933.
- HÖHLER, ADOLFO : L'assicurazione di stato nell' Unione Sovietica.-Roma, 1946.
- LAVAILLE, HÉCTOR : Seguro de vida a favor de terceros.-Buenos Aires, 1907.
- LARRAMENDI, IGNACIO HERNÁNDEZ: Organización del seguro inglés. Seguros y bancos.-Octubre 1948.
- LASCANO, JORGE: Algunos aspectos jurídicos del seguro de vida.- Estudios de Seguros- Octubre - diciembre 1937.
- LASCANO, JORGE: Las fuentes del derecho y del seguro de vida.- El asegurador. Agosto 1938.
- LAS HERAS-BANZ, ANTONIO: El seguro y el consumo de la riqueza. Seguros y bancos.- Enero 1948.
- MACLEAN, JOSEPH: Seguro de vida.- México, 1941.
- MADARIAGA, CÉSAR DE: El seguro sobre la vida en España.-Madrid 1938. 
- MALIGARRIGA, CARLOS G.: Organización jurídica del seguro.- Medicina legal del seguro y del trabajo. Buenos Aires.
- MANNES, ALFONSO: Teoría general del seguro.- Madrid, 1930.
- MANGUANO, ARNALDO E.: El seguro de vida en la Argentina.-Buenos Aires, 1941.
- MINISTERIO DELL' INDUSTRIA E DEL COMMERCIO (ITALIA): Disposizioni legislative e regolamentari sull' esercizio delle assicurazioni private.-Roma, 1951.
- MIRATTI, NATALIO: Elementos económicos, técnicos y jurídicos del seguro.-Buenos Aires, 1948.
- PEDEMONTE, GOTARDO: Ensayo histórico acerca del seguro en la República Argentina hasta el año 1898.-Buenos Aires, 1930.
- PEDEMONTE, GOTARDO C.: Jurisprudencia de seguros (St.).-Buenos Aires, 1937.



*Ministerio de Educación
 Universidad de Buenos Aires
 Facultad de Ciencias Económicas*

Buenos Aires, 26 de novbre. de 19'52.

Señor Profesor,

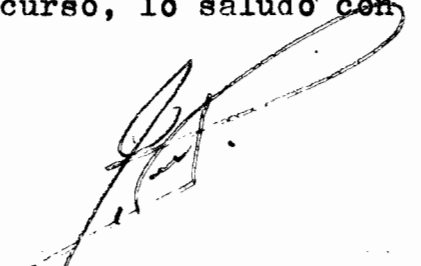
Doctor ALBERTO DIEZ MIERES.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los efectos de poner en su conocimiento, que ha sido designado conjuntamente con los señores: Consejero y Profesor Doctor José Máximo Paz; Profesores Dres. Rodolfo Carranza Casares, Evaristo R. Merdrano y Luis G. Segura, - - - - - miembro de la Comisión examinadora de Tesis que calificará la presentada por el señor Alfonso Humberto Frangipani, titulada " El seguro de vida en la Argentina".- - - - -

Al agradecerle su eficiente concurso, lo saludo con mi más distinguida consideración.

ELV


 JUSTO P. SCALABRINI
 SECRETARIO


 JUSTO P. SCALABRINI
 DECANO

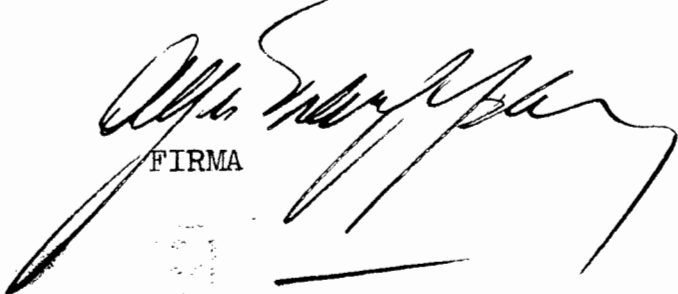
- RIVAROLA, MARIO A.: Prelación al curso de seminario sobre seguro de vida.-Buenos Aires, 1934.
- RIVAROLA MARIO A.: Tratado de derecho comercial argentino.-Buenos Aires, 1940.
- RIVAROLA Y CAMPANA: Explotación del seguro y su régimen legal.-Tomo I y II.
- RUIZ PEDUCHY, FERNANDO: Enciclopedia técnica de seguros. Madrid 1932.
- RUIZ PEDUCHY, FERNANDO: Manual del actuario de las compañías de seguros sobre la vida.-Madrid, 1930.
- SALAS SUBISAT: El seguro de vida.-Buenos Aires, 1944.
- SÁNCHEZ, LILIA: La función del seguro de vida en la sociedad moderna.-Revista de Seguros, Banca y Bolsa.-La Habana, septiembre 1943.
- OSERA, AURELIO: Influencia del seguro de vida en la sociedad moderna.-Revista de Seguros, Banca y Bolsa.-La Habana, noviembre 1943.
- SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS: Memorias, desde el año 1943.
- STERN, JOSÉ: La medicina del seguro en su relación con el seguro de los riesgos agravados.-Estudios de Seguros.-Octubre-diciembre 1937.
- URUGUAY: Banco de Seguros del Estado.-Ley orgánica y reglamento general.- Montevideo s/f.
- VIVANTE, CESARE: Contratti di assicurazioni, 1936.
- VIVANTE, CESARE: Traité de droit commercial, 1910, 12.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
Facultad de Ciencias Económicas

-
"EL SEGURO DE VIDA EN LA ARGENTINA"

Tesis de Alfonso Umberto Frangipani

-
Domicilio: Paraguay 2475, Capital


FIRMA