



BOLETIN OFICIAL

DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Nº 31.107

Viernes 02 de marzo de 2007

Superintendencia de Seguros de la Nación

SEGUROS

Resolución 31.731/2007

Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Modificación

Bs. As., 23/2/2007

VISTO:

El Expediente Nº 37648 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION; y CONSIDERANDO:

Que el punto 39.11.3.a) del Reglamento General de la Actividad Aseguradora establece las normas para constituir los pasivos correspondientes a incapacidades laborales temporarias y de prestaciones en especie, por parte de las entidades que operen en seguros de Riesgos del Trabajo; Que, en su origen, se estableció un procedimiento de cálculo global como porcentaje de la nómina salarial, en virtud de no contar con la necesaria experiencia para su inclusión dentro del concepto de siniestros pendientes previsto en el inciso b) de la norma antes indicada;

Que en el actual contexto en que se desarrolla el seguro de Riesgos del Trabajo y en función del análisis de la experiencia, corresponde adecuar los criterios de valuación para el cálculo de tales pasivos;

Que, a fin de su implementación, cabe considerar un mecanismo de adecuación gradual;

Que la presente se dicta en uso de las facultades previstas en el artículo 67º de la Ley Nº 20091;

Por ello;

EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS

RESUELVE:

Artículo 1º — Dejar sin efecto el inciso a) del punto 39.11.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Art. 2º — Agregar al inciso b) del punto 39.11.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora el siguiente texto:

“VI. Incapacidades Laborales Temporarias a Pagar.

VII. Prestaciones en Especie a Pagar

VI. Incapacidades Laborales Temporarias a Pagar.

Al cierre de cada ejercicio o período se constituirá un pasivo calculado caso a caso, sobre aquellos siniestros denunciados durante los últimos doce (12) meses anteriores a la fecha de cierre, con prestación dineraria pendiente de pago en forma total o parcial, determinada conforme el beneficio estipulado en la Ley Nº 24557 y normas complementarias.

a) Para los casos en los que exista fecha real de alta médica:

Se multiplicarán los días caídos reales a cargo de la entidad (DCr) por el respectivo ingreso base (IB), menos los pagos acumulados a la fecha de cierre.

Ningún caso podrá consignar importe negativo ni compensarse con los restantes casos que conformen este pasivo.

b) Para los restantes casos:

Se multiplicarán los días caídos estimados (DCe) por el respectivo ingreso base (IB) menos los pagos acumulados a la fecha de cierre.

Para determinar la cantidad de días caídos estimados (DCe), se utilizará la siguiente tabla:

TIPO según consecuencia del caso	DCe
ILT	25
Incapacidad menor o igual a 50%	100
Incapacidad mayor al 50% y menor al 66%	300
Incapacidad igual o mayor al 66%	350

Ningún caso podrá consignar importe negativo ni compensarse con los restantes casos que conformen este pasivo.

Para los supuestos previstos en los apartados a) y b) anteriores, cuando el ingreso base (IB) del caso no pueda ser calculado, se utilizará el ingreso base promedio (IBp) de todos aquellos casos (a y b) que poseen el correspondiente dato.

IMPORTE MINIMO A CONTABILIZAR:

El resultado obtenido de la sumatoria de los casos calculados conforme el procedimiento estipulado en los párrafos anteriores se comparará con el uno por ciento (1,00%) de la nómina salarial mensual, calculada como el promedio de las nóminas salariales de los seis (6) últimos meses anteriores al cierre del trimestre, correspondientes al total de trabajadores cubiertos por la aseguradora. De ambos importes se tomará el mayor a efectos de la constitución de este concepto.

VII. Prestaciones en Especie a Pagar

A efectos de determinar el pasivo a constituir en concepto de prestaciones en especie a pagar, las aseguradoras deberán proceder conforme el punto 1), procedimiento general que se describe a continuación o, a opción de las mismas, de acuerdo al procedimiento alternativo indicado en el punto 2).

1) PROCEDIMIENTO GENERAL.

Al cierre de cada ejercicio o período las entidades aseguradoras deberán constituir, en concepto de prestaciones en especie a pagar, un pasivo calculado caso a caso, sobre aquellos siniestros denunciados antes del cierre y que presenten las siguientes características:

a) Para casos sin incapacidad o con incapacidad menor o igual al cincuenta por ciento (50%) denunciados en los últimos dos (2) años anteriores al cierre:

- que no poseen el alta médica,

- que poseen alta médica durante el trimestre anterior al cierre y que se encuentren pendientes de pago, total o parcial.
 - b) Para casos con incapacidad mayor al 50%:
 - que no poseen alta médica.
- que poseen alta médica pero con continuidad de prestaciones o que se encuentren pendientes de pago, total o parcial.

Los importes mínimos para cada caso se determinarán conforme la siguiente tabla:

TIPO según consecuencia del caso	Costo mínimo por caso
Siniestros que no generan prestación dineraria	\$140
ILT	\$518
Incapacidad menor o igual a 50%	\$3.500
Incapacidad mayor al 50% y menor al 66%	\$42.000
Incapacidad igual o mayor al 66%	\$140.000

Los costos mínimos indicados en la tabla anterior, se corregirán mediante la aplicación de lo dispuesto en el cuarto párrafo del punto 39.6.1.4.2, a partir del 30 de junio de 2008, inclusive.

El pasivo total que debe constituir la entidad resultará de la suma de los importes a constituir para cada caso, deduciendo los pagos realizados.

El resultado obtenido se comparará con el uno por ciento (1,00%) de la nómina salarial mensual, calculada como el promedio de las nóminas salariales de los seis (6) últimos meses anteriores al cierre del trimestre, correspondientes al total de trabajadores cubiertos por la aseguradora. De ambos importes se tomará el mayor a los efectos de la constitución de este concepto.

2) PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO OPCIONAL.

Al cierre de cada ejercicio o período, las entidades aseguradoras deberán estimar los siniestros pendientes de pago por prestaciones en especie a dicha fecha. A tales efectos, los legajos de siniestros deberán contar con todos los elementos indispensables para efectuar su correcta valuación (informes médicos, etc.).

En caso de registrarse pagos parciales con anterioridad a la fecha del cierre del ejercicio o período, deberá obrar en dichos legajos copia de los comprobantes de pago y de su documentación respaldatoria.

Si constasen en las actuaciones constancias que determinen el monto de la prestación, a partir de criterios objetivos de valuación, se considerarán como liquidados a pagar.

Para aquellos casos restantes, su valuación resultará de la experiencia siniestral de cada aseguradora, en función del promedio que arrojen las sumas pagadas por tal concepto en los tres (3) años anteriores (total pagado, dividido total de casos involucrados), sin considerar la deducción por reaseguro.

La experiencia de cada entidad se calculará al 31 de diciembre de cada año y se aplicará en los estados contables, anual e intermedios, del año calendario siguiente.

Para determinar la experiencia siniestral se consignarán todos los casos susceptibles de ser incluidos en el cálculo respectivo, utilizando el método de cálculo que se expone a continuación:

- a) Se tomarán todos los casos concluidos e íntegramente pagados en los tres (3) años calendarios anteriores al cierre de cada ejercicio, considerando la totalidad de conceptos del costo de cada siniestro por prestaciones en especie.
- b) Se corregirán los importes resultantes mediante la aplicación de lo dispuesto en el cuarto párrafo del punto 39.6.1.4.2., de acuerdo a la fecha de cada pago.
- c) A los importes resultantes del punto anterior no se le deducirá la participación que le hubiese correspondido al reasegurador.
- d) Se determinará el promedio que representan los importes pagados respecto de los casos incluidos en el cálculo de la experiencia siniestral.
- e) Se determinará el importe de los siniestros pendientes, aplicando el monto obtenido en el punto

anterior a todos los casos pendientes al cierre, deducidos los pagos efectuados a dicha fecha. El importe a pasivar será el que resulte de tal cálculo o la responsabilidad total a cargo de la entidad (determinada a la fecha de cierre del ejercicio o período), si esta última fuere inferior al primero. Al mismo se le deducirá el recupero por reaseguro que pudiera corresponder.

f) El resultado obtenido en el inciso e) se comparará con el uno por ciento (1,00%) de la nómina salarial mensual, calculada como el promedio de las nóminas salariales de los seis (6) últimos meses anteriores al cierre del trimestre, correspondientes al total de trabajadores cubiertos por la aseguradora. De ambos importes se tomará el mayor.

PLANILLAS DE CALCULO

Deberán confeccionarse planillas de cálculo que contengan —como mínimo— los siguientes datos:

- a) Determinación del promedio siniestral – prestaciones en especie
 1. Número de siniestro.
 2. Fecha de siniestro.
 3. Importe pagado.
 4. Coeficiente de actualización, conforme punto 39.6.1.4.2., cuarto párrafo.
 5. Actualización del monto pagado, desde la fecha de su pago, hasta el 31 de diciembre del último año integrante de la experiencia siniestral.
 6. Totales de los puntos 1 (número de casos) y 5.
 7. Promedio siniestral (resultante de dividir la suma de los pagos del punto 5, por los casos que surjan del punto 1).
- b) Determinación de siniestros pendientes – prestaciones en especie.
 1. Número de siniestro.
 2. Fecha de vigencia de la póliza.
 3. Fecha del siniestro.
 4. Tipo de reclamo.
 5. Promedio siniestral determinado en el punto a.7.
 6. Importes pagados con anterioridad a la fecha de cierre del estado contable.
 7. Importe a cargo del reasegurador.
 8. Importe a pasivar en los estados contables por cada siniestro.
 9. Importe a pasivar en los estados contables (sumatoria de las cifras del punto 7).

No integrarán la experiencia siniestral aquellos casos que, en el cálculo original, tomados en forma individual, modifiquen más de un diez por ciento (10%) el promedio siniestral determinado por la aseguradora.

Una vez excluido cada caso, se procederá a determinar un nuevo promedio siniestral sin excluir aquellos casos que, en el nuevo cálculo, modifiquen el coeficiente en la forma indicada en el párrafo precedente.
- REGISTRO
- En el Libro de Inventarios y Balances deberán transcribirse los datos obtenidos y los cálculos efectuados de acuerdo con lo dispuesto en este punto.
- Los cálculos efectuados y el Acta del Organo de Administración que apruebe utilizar el presente

método opcional, deberán obrar en la sede de la aseguradora a disposición de esta Superintendencia de Seguros de la Nación. Una vez ejercida la opción, la entidad no podrá volver al método establecido en el punto 1), salvo autorización expresa de este Organismo.

Art. 3° — Las normas establecidas en el artículo 1° serán de aplicación para estados contables cerrados a partir del 31 de marzo de 2007, inclusive.

Art. 4° — A opción de las aseguradoras, y al solo efecto de acreditar relaciones técnicas requeridas

por las normas vigentes en materia de capitales mínimos y cobertura de compromisos con asegurados (artículo 35 de la Ley N° 20.091), el efecto correspondiente a la contrapartida del mayor pasivo resultante de la aplicación de las normas establecidas en el artículo 1°, en ocasión de su primera constitución, podrá diferirse y amortizarse a razón del 25% trimestral a partir del 31 de marzo de 2007, inclusive.

Art. 5° — Regístrese, comuníquese y publíquese en el Boletín Oficial. — Miguel Baelo.