

Caracas, 3 de agosto de 2010.

Estimados Clientes:

Como todos hemos podido apreciar en los medios de comunicación impresos y audiovisuales, el pasado jueves 29 de Julio fue aprobado y publicado en Gaceta Oficial 5.990 la nueva Ley de la Actividad Aseguradora. En relación a este importante tema, nuestra organización está efectuando una serie de consultas especializadas para entender los detalles de la misma y aclarar algunos aspectos que podrían prestarse a interpretación.

Sin embargo, a pesar de ese elemento interpretativo, hemos considerado importante adelantar a nuestros clientes y relacionados algunos comentarios concernientes relacionados con las implicaciones de esta nueva ley.

1. Efectivo a partir de su vigencia, ha sido cambiado el nombre del organismo que regula la actividad aseguradora en nuestro país, de su anterior nombre "Superintendencia de Seguros" a su nuevo nombre "Superintendencia de la Actividad Aseguradora"
2. La nueva ley hace más oneroso el ejercicio de la actividad aseguradora, debido al incremento de las primas netas que las empresas de seguros deben pagar a la Superintendencia, las cuales pasan del 0,2% y 1,5% en la actual ley al 1,5% y 2% respectivamente en la nueva ley. Adicionalmente se creó un impuesto del 1% sobre las primas de las pólizas de seguros y planes de salud (prepagados), cuyo monto será destinado al Fondo de Salud Pública.
3. Las compañías de seguros están en la obligación de otorgar cobertura inmediata en caso de emergencias previstas en el contrato de seguro, condicionadas a la emisión de claves de emergencia. No está claro cuáles son los controles y mecanismos para que las clínicas estén en conocimiento de los montos de cobertura y los deducibles del asegurado, e incluso si su inscripción en la póliza está vigente.
4. Las compañías de seguros tienen prohibido argumentar enfermedades preexistentes o adquiridas como causal de rechazo. No tenemos claridad en cuanto a que ocurrirá con las enfermedades explícitamente excluidas de las pólizas, en relación a si éstas deben o no estar incluidas a la luz de la nueva ley. Desconocemos también la amplitud de esta prohibición, en cuanto a la posibilidad

de las compañías de seguros para negarse a pagar los reclamos, más aún considerando lo indicado en el punto 5 de este e-mail informativo, en cuanto a las “personas con discapacidades, personas con enfermedades físicas y mentales. . .”. Si están cubiertas estas enfermedades para Jubilados(as), pensionados(as), etcétera, tenemos dudas si debería estar cubiertas para cualquier otro asegurado. Este aspecto no queda claramente definido.

5. La nueva ley establece la obligación de emitir pólizas solidarias para jubilados(as), pensionados(as), adultos(as) mayores, personas con discapacidades, personas con enfermedades físicas y mentales, y aquellas personas cuyos ingresos mensuales sean inferiores a Veinticinco (25) unidades tributarias. Parece complicado financiar una póliza de seguros para personas que apenas pueden cubrir con sus ingresos mensuales la canasta básica.
6. Los proveedores de Servicio de Salud Prepagado serán regulados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y de esta forma los intermediarios podrán ofrecer este servicio a los asegurados.
7. En la nueva ley queda expresamente prohibido pagar a los proveedores precios mayores al PVP.
8. Igualmente, queda prohibida la anulación de pólizas, de cualquier ramo, por razones de mora en el pago de las cuotas de financiamiento.
9. Las compañías de seguro tiene prohibida, enajenar por cualquier título, las partes automotores y vehículos que hayan sido calificados como “pérdida total” o no recuperables.
10. Las compañías de seguros tiene prohibido realizar ajustes de prima por alta siniestralidad durante el período de vigencia de la póliza.
11. Las compañías de seguros tiene prohibido negarse a recibir reclamos de terceros derivados de las pólizas de RCV.
12. Igualmente, se prohíbe, a las aseguradoras, emitir contratos de fianzas por montos superiores al capital pagado.
13. Si la prima es pagada una vez transcurrido el período de gracia, la póliza tendrá vigencia desde la fecha de pago de la prima y se considerará un nuevo contrato.
14. La indemnización o rechazo de siniestros debe hacerse en un lapso máximo de Treinta (30) días continuos (en la ley anterior eran días hábiles), contados a partir

la fecha en que se haya entregado el último recaudo o del informe del ajuste de pérdidas, dependiendo del tipo de siniestro.

15. Los rechazos deben notificarse por escrito, sean totales o parciales (incluye las fianzas)
16. Las compañías de seguros deben entregar a los asegurados una relación detallada de los servicios prestados a efectos de la firma de los finiquitos de siniestros.
17. Queda Prohibido Condicionar la Contratación de una Póliza, Servicio o Plan de Salud a la Contratación de otras Pólizas, servicios o Planes
18. A partir de la entrada en vigencia de esta Ley, los sujetos regulados están obligados a presentar a la SAA dentro de un lapso de sesenta días hábiles un plan de ajuste a las nuevas disposiciones. El plan de ajuste debe ejecutarse en un lapso máximo de seis meses, contados a partir de la fecha de su aprobación"

La nueva Ley es extensa y, tal como mencioné, estamos en un proceso de interpretación y análisis de la misma, para formalmente hacerle llegar a ustedes un comunicado con el fin de mantenerles debidamente informados.

Como uno de los Directores Principales de la Junta Directiva de CAVECOSE (Cámara Venezolana de Corretaje de Seguros), puedo garantizar a todos ustedes que nuestra organización dispondrá, a la brevedad posible, a través de esta cámara y de las consultas que estamos realizando a especialistas, de la adecuada interpretación de este instrumento legal que rige nuestra actividad, y cuál es el impacto para nuestros asegurados.

Llegue a ustedes nuestro compromiso de mantenerles debidamente informados.

Saludos cordiales,

**Kay Boetticher**  
**MaKLeR Corretaje de Seguros, C.A.**  
**Presidente**