

RAMA DE SEGUROS DE PERSONAS Y SEGUROS OBLIGATORIOS

[vol. 2]

Larry Omar Fernández Palma
Roy Alejandro Sillerico Segurondo
Beatriz Diana Valencia Blanco



Rama de seguros de personas y seguros obligatorios (vol. 2)

1.ª edición: diciembre, 2025

133 ejemplares

Apoyo en elaboración de contenidos: Shirley Flores Pattzi, Ignacio Roberto Castro Flores, Alfredo Illanes Añahuaya, Erika Alejo Yanarico, Israel Ontiveros Mercado, Mario Ocsa Choque, Roger Alan Quisbert Cruz, Luis Gustavo Moncada Ponce, Huascar Nikolay Vedia Zabala.

Edición y coordinación editorial: Víctor Orduna Sánchez

Diseño y diagramación: E. Elizabeth Aliaga

Depósito Legal: 4-1-7663-2025

ISBN: 978-9917-9661-1-1

Producción: UNIVIDA S.A

Impreso en el Estado Plurinacional de Bolivia

En colaboración con el Personal Ejecutivo

DIRECTORIO 2025

Ronald Omar Pinto Ribera
Presidente

Jorge Joaquín Hurtado Cárdenas
Primer Vicepresidente

Luis Fernando Rodríguez Sainz
Segundo Vicepresidente

Fernando Roger Chuquimia Vargas
Director

Felipa Carolina Arismendi Cuentas
Secretaria Directorio

Luis Hugo Mendizábal
Síndico

GERENCIAS NACIONALES

Larry Omar Fernández Palma
Gerente General

Roy Alejandro Sillerico Segurondo
Gerente Nacional de Tecnologías de la Información

Mael Luxen Burgoa Rosso
Gerente Nacional de Siniestros y Prevención

María del Carmen Tapia Gemio
Gerente Nacional de Técnica y Análisis

Ruth Ximena Murillo Lizárraga
Gerente Nacional Comercial

Neissa Roxana Frade Manzaneda
Gerente Nacional de Administración y Finanzas

Junior Israel Ramírez Alcón
Gerente Nacional de Auditoría Interna

Mauricio Omar Salazar Gutiérrez
Ex Gerente Nacional de Técnica y Análisis

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Aplicación y uso del seguro
de desgravamen hipotecario



Índice

1. Introducción.....	13
1.1 Antecedentes.....	13
1.2 Objetivo	13
1.3 Alcance	14
1.4 Glosario de términos	14
2. Gestión integral del producto.....	17
2.1 Elaboración de la nota técnica	18
2.1.1 Texto único de la nota técnica	18
2.2 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios	23
2.3 Licitación pública de seguros.....	24
2.3.1 Licitación pública para la contratación de seguros colectivos	25
2.3.2 Políticas y procedimientos.....	25
2.3.3 Solicitud de no objeción a la ASFI.....	26
2.3.4 No objeción de la ASFI	26
2.3.5 Convocatoria de licitación pública	26
2.3.6 Periodo de consultas.....	27
2.3.7 Presentación y apertura de propuestas	27
2.3.8 Evaluación de propuestas	27
2.3.9 Publicación de resultados	28
2.3.10 Objeciones	29
2.3.11 Adjudicación y contratación	29
2.3.12 Duración del proceso de licitación pública	29
2.4 Postadjudicación	29
2.4.1 Registro electrónico del asegurado.....	30
3. Cotización.....	31
3.1 Coberturas.....	31
3.1.1 Exclusiones.....	32
3.2 Estructura de la prima	32
3.2.1 Tasa de riesgo	33
3.2.2 Prima neta	34
3.2.3 Tasa neta	35
3.2.4 Tasa neta (crédito individual)	36
3.2.5 Tasa neta (crédito con codeudores).....	36

3.2.6	Prima de tarifa	37
3.2.7	Identificación de costos adicionales	37
3.2.8	Prima adicional	38
3.2.9	Composición de la prima de tarifa	38
3.3	Documento slip	38
3.3.1	Identificación del documento.....	39
3.3.2	Vigencia del seguro	39
3.3.3	Coberturas.....	39
3.3.4	Beneficiario	40
3.3.5	Asegurados.....	40
3.3.6	Requisitos de admisibilidad.....	40
3.3.7	Vigencia de cobertura.....	40
3.3.8	Suma asegurada	40
3.3.9	Periodo de carencia.....	40
3.3.10	Exclusiones.....	41
3.3.11	Indemnización.....	41
3.3.12	Liquidación mensual.....	41
3.3.13	Tasa	41
3.3.14	Moneda del contrato.....	41
3.3.15	Forma de pago.....	41
3.3.16	Comisión de servicio de cobranza.....	41
3.3.17	Costos de adquisición.....	42
3.3.18	Aspectos técnicos y operativos	42
4.	Suscripción y emisión.....	43
4.1	Solicitud del seguro	43
4.1.1	Solicitud del seguro de desgravamen hipotecario	43
4.1.2	Declaración jurada de salud para seguro de desgravamen hipotecario.....	44
4.1.3	Aprobación, control y evaluación del riesgo	46
4.2	Póliza del seguro.....	47
4.2.1	Actores en el seguro de desgravamen hipotecario	47
4.2.2	Condicionado particular	48
4.2.3	Formato único y lineamientos del condicionado particular	51
4.2.4	Texto único del condicionado general.....	54
4.2.5	Certificado de cobertura individual.....	65
5.	Gestión financiera.....	73
5.1	Cobranza	73
5.1.1	Generación de la prima y comunicación al cliente	74
5.1.2	Incorporación de la prima en el pago del crédito	74
5.1.3	Verificación de pagos y control de cobranza	74
5.1.4	Gestión de morosidad en pagos.....	74
5.1.5	Regularización y reactivación de la cobertura	74
5.2	Contabilidad	74
5.2.1	Asiento contable desgravamen hipotecario individual	74
5.2.2	Asiento contable desgravamen hipotecario con codeudores	76

5.3	Reaseguro	78
5.3.1	Asiento contable con reaseguro	78
5.4	Reservas de riesgo en curso	80
5.4.1	Coberturas mensuales	80
5.5	Inversiones	80
6.	Siniestro	81
6.1	Atención e indemnización de siniestro	81
6.1.1	Definición de siniestro	81
6.1.2	Prueba del siniestro	81
6.1.3	Aviso de siniestro	82
6.1.4	Requerimientos y límites a la información	82
6.1.5	Plazo para pronunciarse	83
6.2	Requisitos para el pago de la indemnización	83
6.2.1	Pago de la indemnización	83
6.2.2	Derechos no subrogables	84
6.2.3	Pérdida del derecho a la indemnización	84
6.2.4	Prescripción	84
6.2.5	Controversias	84
6.2.6	Competencia	85
6.2.7	Obligación de comunicar	85
6.2.8	Cómputo de plazos	85
6.3	Reservas técnicas para siniestros	85
7.	Reportes y otros documentos	87
7.1	Reportes mensuales	87
8.	Aplicación	89
8.1	Cálculo de primas para asegurado individual (único deudor)	89
8.1.1	Determinación de valores para las variables	89
8.1.2	Tasa de riesgo	90
8.1.3	Tasa neta	90
8.1.4	Prima de tarifa	91
8.1.5	Prima de riesgo	91
8.1.6	Asignación de costos asociados	91
8.1.7	Prima adicional	92
8.1.8	Composición de la prima	92
8.2	Asiento contable asegurado individual	92
8.2.1	Asiento contable desgravamen hipotecario individual	92
8.2.2	Asiento contable reaseguro	93
8.2.3	Asiento contable liberación RRC por periodo (mensual)	93
8.2.4	Asiento contable finalización de cobertura mensual	93
8.3	Reserva de riesgo en curso para pólizas de desgravamen hipotecario con cobertura mensual	94
8.4	Cálculo prima caso codeudores	94
8.4.1	Determinación de valores para las variables	94

8.4.2	Determinación del factor de descuento	94
8.4.3	Tasa de riesgo	95
8.4.4	Tasa de riesgo codeudores.....	95
8.4.5	Tasa neta.....	96
8.4.6	Prima de tarifa	96
8.4.7	Prima de riesgo	97
8.4.8	Asignación de costos asociados	97
8.4.9	Prima adicional	97
8.4.10	Composición de la prima	97
8.5	Asiento contable codeudores.....	98
8.5.1	Asiento contable desgravamen hipotecario individual	98
8.5.2	Asiento contable reaseguro.....	98
8.5.3	Asiento contable liberación RRC por periodo (mensual).....	99
8.5.4	Asiento contable finalización de cobertura mensual.....	99
8.6	Reserva de riesgo en curso pólizas de desgravamen hipotecario con cobertura mensual	99
9.	Base legal o normativa	101

Tablas

Tabla 1	Proceso de licitación	24
Tabla 2	Costos adicionales	35
Tabla 3	Formulario solicitud del seguro de desgravamen hipotecario	44
Tabla 4	Declaración jurada de salud para seguro de desgravamen hipotecario	45
Tabla 5	Declaración jurada de salud para seguro de desgravamen hipotecario - reverso	46
Tabla 6	Asiento contable desgravamen hipotecario individual.....	75
Tabla 7	Asiento contable primas por cobrar	75
Tabla 8	Asiento contable reaseguro	76
Tabla 9	Asiento contable liberación de RRC mensual	76
Tabla 10	Asiento contable finalización de cobertura mensual	76
Tabla 11	Asiento contable desgravamen hipotecario codeudores.....	77
Tabla 12	Asiento contable primas por cobrar	77
Tabla 13	Asiento contable liberación de RRC mensual	77
Tabla 14	Asiento contable finalización de cobertura mensual	78
Tabla 15	Asiento contable desgravamen hipotecario con reaseguro	78
Tabla 16	Asiento contable primas por cobrar	79
Tabla 17	Asiento contable con reaseguro	79
Tabla 18	Liberación RRC por periodo (mensual).....	79
Tabla 19	Por fin de cobertura mensual	80

Ecuaciones

Ecuación 1	Tasa de riesgo individual.....	33
------------	--------------------------------	----

Ecuación 2	Tasa de riesgo APS.....	33
Ecuación 3	Tasa de riesgo entidad aseguradora.....	34
Ecuación 4	Tasa de riesgo codeudores.....	34
Ecuación 5	Prima neta	35
Ecuación 6	Tasa neta crédito individual	36
Ecuación 7	Tasa neta crédito individual	36
Ecuación 8	Prima de tarifa	37
Ecuación 9	Monto económico asociado las variables de la prima adicional	37
Ecuación 10	Sumatoria prima adicional.....	38
Ecuación 11	Reserva de riesgo en curso cobertura mensual	80

Introducción 01

1.1 Antecedentes

1.2 Objetivo

1.3 Alcance

1.4 Glosario de términos

1.1 Antecedentes

El seguro de desgravamen hipotecario es un seguro colectivo obligatorio que se suscribe junto con un crédito hipotecario, cubriendo a múltiples asegurados. Este seguro se estableció con el objetivo de garantizar la liquidación del saldo deudor en caso de fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado, liberando a los herederos o familiares de la responsabilidad de continuar con los pagos del crédito. En tales circunstancias, el saldo de la deuda se paga directamente a la entidad financiera, asegurando así la protección de los beneficiarios y la estabilidad financiera de la institución crediticia.¹

1.2 Objetivo

Protección al tomador: Garantiza que la entidad financiera reciba el saldo pendiente del préstamo en caso de fallecimiento o invalidez total del deudor, reduciendo el riesgo de pérdida financiera para el prestamista.

¹ Resolución administrativa APS/DS/N.º 687/2016 del 31 de mayo de 2016.

Tranquilidad para el deudor y sus familiares: Asegura que, en caso de fallecimiento o incapacidad del deudor, el seguro cubrirá el saldo del préstamo, evitando que la deuda sea transferida a los herederos o familiares del deudor.

Cumplimiento normativo: Asegura que se cumpla con la normativa vigente que exige la contratación de este seguro al adquirir un préstamo hipotecario, protegiendo los intereses tanto del deudor como del acreedor y garantizando el cumplimiento de las regulaciones aplicables.

1.3 Alcance

El presente documento tiene como objetivo proporcionar un conocimiento detallado sobre las normativas, resoluciones administrativas, leyes y reglamentos que rigen la utilización y comercialización de la póliza de seguro de desgravamen hipotecario. Se pretende ofrecer una comprensión exhaustiva de las disposiciones legales pertinentes, describir los procesos administrativos involucrados y presentar ejemplos prácticos de su aplicación, con el fin de facilitar una correcta interpretación y cumplimiento de éstas.

1.4 Glosario de términos

Accidente	Suceso externo, súbito, imprevisto, fortuito, violento e involuntario que resulta en daño físico o perturbación funcional al asegurado, sin que sea causado intencionalmente.
Asegurado	Persona natural cubierta por la póliza de seguro, que recibe protección frente a eventos accidentales conforme a los términos del seguro.
APS (Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros)	Organismo encargado de regular y supervisar el sector de seguros y pensiones en Bolivia.
ASFI (Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero)	Institución responsable de supervisar y regular el sistema financiero en Bolivia.
Beneficiario	Persona o entidad designada para recibir los beneficios financieros en caso de siniestro cubierto por el seguro.
Capital asegurado	Monto asegurado que corresponde al saldo insoluto de la deuda en caso de fallecimiento o invalidez total y permanente.
Certificado de Cobertura Individual	Documento que acredita los términos básicos de la póliza para cada asegurado, accesible electrónicamente.
Codeudor	Persona que asume conjuntamente la responsabilidad de un préstamo.
Coberturas básicas y adicionales	Eventos cubiertos por el seguro, como fallecimiento e invalidez total y permanente; pueden incluir coberturas adicionales como gastos de sepelio.
Condicionado general	Parte de la póliza que establece criterios y definiciones generales para regular el seguro.
Condicionado particular	Parte específica de la póliza que detalla aspectos concretos relativos al riesgo asegurado.
Crédito	Cantidad de dinero que una entidad financiera concede a una persona o entidad con la expectativa de reembolso futuro, generalmente con intereses.
Entidad aseguradora	Sociedad anónima autorizada por la APS para administrar seguros de personas.
Entidad de intermediación financiera	Institución autorizada por la ASFI para realizar intermediación financiera.

Entidad financiera	Organización que proporciona servicios financieros como cuentas, préstamos y gestión de inversiones.
Fallecimiento	Cese de la vida del asegurado por cualquier causa.
Formulario de solicitud y declaración	Documento mediante el cual el asegurado solicita y declara su estado de salud y otros datos relevantes.
Inicio y fin de vigencia	Fechas y horas en que comienza y termina la cobertura del seguro desde el desembolso del préstamo hasta su finalización.
Intermediación financiera	Proceso mediante el cual una entidad actúa como intermediaria entre ahorradores e inversionistas.
Invalidez total y permanente	Estado que implica una pérdida del 60% o más de la capacidad de trabajo del asegurado, reconocida por instituciones calificadoras.
Póliza de seguro de desgravamen hipotecario	Contrato que cubre el saldo insoluto de la deuda en caso de fallecimiento o invalidez total y permanente.
Préstamo	Operación financiera mediante la cual una entidad presta una cantidad fija de dinero a una persona, quien debe devolverlo con intereses.
Prima vencida	Prima que debe pagarse al finalizar el periodo de cobertura individual.
Registro electrónico de asegurados	Base de datos electrónica con información de cada asegurado bajo el seguro.
Requisitos de asegurabilidad	Condiciones que debe cumplir una persona para ser asegurada, como límites de edad.
Saldo insoluto de la deuda	Monto que el asegurado aún debe a la entidad financiera.
Siniestro	Evento de fallecimiento o invalidez total y permanente que activa la obligación de la aseguradora de pagar la indemnización.
Tasa de interés	Porcentaje cobrado o pagado por el uso de una cantidad de dinero durante un tiempo específico.
Tomador del seguro	Entidad de intermediación financiera que contrata el seguro en nombre del asegurado.
Valor de la producción neta de anulaciones	Valor total de la producción de una entidad después de deducir anulaciones o cancelaciones.
Vigencia de la cobertura individual	Cobertura renovada automáticamente desde el desembolso del préstamo hasta que se extinga la deuda, salvo incumplimiento en el pago de la prima.

Gestión integral del producto 02

2.1 Nota técnica

2.2 Registro de pólizas, anexos y cláusulas

2.3 Licitación pública para la contratación de seguros colectivos

2.4 Postadjudicación

2.5 Remisión de información

El registro de la nota técnica, el registro de póliza y el proceso de licitación son elementos esenciales en el ámbito de los seguros de personas, orientados a asegurar la transparencia, viabilidad y regulación de los productos de seguro. Cada uno de estos procesos cumple un rol específico: la nota técnica permite analizar y estructurar financieramente el producto; el registro de póliza formaliza los términos entre aseguradora y asegurado; y la licitación facilita la competencia y selección de aseguradoras, garantizando opciones adecuadas y accesibles para los clientes.

Ilustración 1 Etapa previa a licitación del seguro de desgravamen hipotecario



2.1 Elaboración de la nota técnica

La nota técnica es un procedimiento estándar que se aplica a todos los seguros de personas y es un documento clave en el ámbito de los seguros que detalla la estructura financiera y actuarial de un producto de seguro. Su propósito es justificar las tarifas, beneficios y condiciones de una póliza, fundamentado en principios técnicos y matemáticos (para mayor información, véase el apartado “Elaboración de la nota técnica”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, vol. 1).

En seguros de personas, la nota técnica suele incluir:

- **Descripción del producto:** Características generales de la póliza, como coberturas, exclusiones y duración del seguro.
- **Bases técnicas:** Supuestos sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, siniestralidad y comportamiento de los asegurados.
- **Cálculo de primas:** Metodología para determinar el monto de la prima, que incluye el costo puro de riesgo, gastos administrativos, margen de seguridad y rentabilidad (para el cálculo de la prima durante la elaboración de la nota técnica, véase apartado “Estructura de la prima”, en este documento).
- **Provisión de reservas técnicas:** Detalle de cómo se establecerán las reservas para garantizar el cumplimiento futuro de las obligaciones con los asegurados.
- **Revisión y ajustes:** Mecanismos para ajustar primas o beneficios según la experiencia de siniestralidad o cambios en los supuestos técnicos.

Este documento es evaluado por las autoridades regulatorias (como la APS, en Bolivia) para asegurar que los productos ofrecidos por las aseguradoras sean viables y justos tanto para los asegurados como para las empresas aseguradoras.

2.1.1 Texto único de la nota técnica

La nota técnica constituye el único documento técnico autorizado para la comercialización del seguro de desgravamen hipotecario en conformidad con el marco normativo vigente. Cualquier entidad aseguradora que pretenda utilizar y comercializar este seguro deberá presentar una copia completa y fiel de esta nota ante la autoridad de supervisión correspondiente, cumpliendo así con los requisitos establecidos por la Ley N.º 1883 de Seguros y demás regulaciones aplicables.

Este documento define los lineamientos técnicos y la metodología de cálculo de la prima de tarifa para el seguro de desgravamen hipotecario, que incluyen las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente. La nota técnica establece los parámetros y factores de cálculo que deben aplicarse para garantizar la coherencia en la estructuración de este tipo de seguro. Además, se establece el procedimiento de cálculo y descomposición de tasas de riesgo, primas netas, gastos administrativos, costos de adquisición y otros elementos financieros necesarios para la gestión de esta póliza.

Para el cálculo de coberturas adicionales, las entidades aseguradoras deberán adherirse a los principios metodológicos contenidos en la nota técnica, asegurando la integridad y uniformidad en la aplicación de los criterios de evaluación.²

NOTA TÉCNICA SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

La presente nota técnica, contiene las bases técnicas que la entidad aseguradora _____ se compromete a cumplir en todo momento en la comercialización de la póliza de seguro de desgravamen hipotecario, conforme establece el artículo 15 de la Ley N.º 1883 de Seguros.

La composición de la prima de tarifa del seguro de desgravamen hipotecario estará conformada bajo los métodos de cálculo y parámetros técnicos establecidos y desglosados en la presente nota técnica:

TASA DE RIESGO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO DE PRÉSTAMO INDIVIDUAL PARA COBERTURAS DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

$$TR = \text{MAX}(TR_{APS}; TR_A)$$

Donde:

TR: Tasa de riesgo.

TRAPS: Tasa de riesgo establecida por la APS para las coberturas básicas (fallecimiento e invalidez total y permanente), equivalente al 0,02%.

TRA: Tasa de riesgo establecida por la entidad aseguradora para las coberturas básicas (fallecimiento e invalidez total y permanente).

PRIMA NETA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO DE PRÉSTAMO INDIVIDUAL PARA COBERTURAS DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La prima neta se calculará de la siguiente manera:

$$PN_n = \text{MAX}(TR_{APS}; TR_A) * VA_n$$

² Resolución administrativa 687/2016 del 31 de mayo del 2016, *Reglamento de seguro de Desgravamen Hipotecario*.

Donde:

PN_n: Prima neta correspondiente al periodo mensual n.

TR: Tasa de riesgo.

TRA: Tasa de riesgo establecida por la entidad aseguradora para las coberturas básicas (fallecimiento e invalidez total y permanente).

TRAP_s: Tasa de riesgo establecida por la APS para las coberturas básicas (fallecimiento e invalidez total y permanente), equivalente al 0,02%.

VA_n: Capital asegurado dado por el saldo insoluto de la deuda.

TASA NETA

La tasa neta para el seguro de desgravamen hipotecario de préstamo individual se calculará de la siguiente manera:

$$TN = \frac{TR}{1 - (CA+GA+UT+TREG+FPA+CC)}$$

Donde:

TN: Tasa neta.

TR: Tasa de riesgo individual expresada en porcentaje.

CA: Costos de adquisición como porcentaje de la prima de tarifa.

GA: Gastos administrativos expresados como porcentaje de la prima de tarifa.

UT: Utilidad expresada como porcentaje de la prima de tarifa.

TREG: Tasa de regulación calculada sobre el valor de la Producción Directa Neta de Anulaciones (PNDA).

FPA: Aporte al Fondo de Protección al Asegurado calculado sobre el valor de la Producción Directa Neta de Anulación (PNDA).

CC: Comisión de cobranza del tomador.

TASA DE RIESGO PARA SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO DE PRÉSTAMO QUE INCLUYE CODEUDORES

La tasa neta del seguro de desgravamen hipotecario de préstamo que incluye codeudores, se calculará conforme lo siguiente:

$$TN = \frac{TRM}{1 - (CA+GA+UT+TREG+FPA+CC)}$$

Donde:

TN: Tasa neta.

TRM: Tasa de riesgo para préstamo en caso de codeudores en porcentaje.

CA: Costos de adquisición como porcentaje de la prima de tarifa.

GA: Gastos administrativos expresados como porcentaje de la prima de tarifa.

UT: Utilidad expresada como porcentaje de la prima de tarifa.

TREG: Tasa de regulación calculada sobre el valor de la Producción Directa Neta de Anulaciones (PNDA).

FPA: Aporte al Fondo de Protección al Asegurado calculado sobre el valor de la Producción Directa Neta de Anulación (PNDA).

n: Número de asegurados.

PRIMA DE TARIFA

La prima de tarifa cobrada mensualmente a cada asegurado del seguro de desgravamen hipotecario se sujetará al siguiente cálculo:

$$PT_n = TN_n * VA$$

Donde:

PT_n: Prima de tarifa correspondiente al período mensual n.

TN_n: Tasa neta correspondiente al período mensual n.

VA_n: Capital asegurado dado por el saldo insoluto de la deuda.

TASA DE RIESGO PARA SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO DE PRÉSTAMO QUE INCLUYE CODEUDORES

$$TRM = (TR * n) * (1 - Fn)$$

COMISIÓN DE COBRANZA DEL TOMADOR

Se define como el porcentaje de la tasa neta, que cobra el tomador, por la recaudación de la prima de tarifa del seguro de desgravamen hipotecario para las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente.

Para las coberturas adicionales, se considera similar criterio.

COSTOS DE ADQUISICIÓN

Corresponde a los costos de intermediación de la póliza de seguro de desgravamen hipotecario, que deberá ser expresado como porcentaje de la prima de tarifa, el cual deberá estar establecido por la entidad de intermediación financiera.

GASTOS ADMINISTRATIVOS

Corresponde a los gastos de carácter administrativo en los que incurre la entidad aseguradora de la póliza de desgravamen hipotecario el cual deberá estar dentro de un límite mínimo y máximo, establecidos por la propia entidad aseguradora.

GA: Gastos administrativos.

Rango: [mínimo (%), máximo (%)].

UTILIDAD

Corresponde a la utilidad esperada por la entidad aseguradora como resultado de la actividad de aseguramiento, la cual deberá estar dentro de un límite mínimo y máximo, establecidos por la propia entidad asegurada.

UT: Gastos administrativos.

Rango: [mínimo (%), máximo (%)].

TASA DE REGULACIÓN

Conforme establece el artículo 23 del Decreto Supremo N.º 25201, la tasa de regulación de supervisión correspondiente al seguro de desgravamen hipotecario es del 1% de las primas netas producidas (Producción Directa Neta de Anulación).

Por consiguiente:

TREG: 1%

FONDO DE PROTECCIÓN AL ASEGURADO

Conforme establece el numeral IV, Artículo 9 de la Ley N.º 365, de fecha 23 de abril de 2013, los aportes de las entidades aseguradoras de seguros de personas, serán efectuados a razón del dos coma cinco por mil (2,5%) trimestral, calculado sobre el valor de la producción directa neta de anulaciones.

Por consiguiente:

FPA : 2,5%

RESERVAS TÉCNICAS

Serán calculadas conforme al Reglamento de desgravamen hipotecario. En caso de que la amortización sea por un periodo mayor a un mes se aplicará la Resolución administrativa IS/N.º 031/98 de fecha 30 de diciembre de 1998.

COBERTURAS ADICIONALES

Para las coberturas adicionales, las entidades aseguradoras fijarán las respectivas tasas de riesgo conforme a sus bases técnicas.

Por otro lado, para el cálculo de la prima de tarifa, deberán considerar la metodología aplicada en la presente nota técnica.

CRITERIO DE EVALUACIÓN

Para fines de licitación, se deberá considerar el concepto de tasa neta total, entendiéndose ésta como la sumatoria de las tasas netas correspondientes a las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente y adicionales que correspondan.

Firma y cargo
Máximo ejecutivo de la entidad aseguradora

2.2 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios

El registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios es un proceso integral que se aplica a todos los seguros de personas, asegurando que cada póliza y sus modificaciones cumplan con las normativas legales y regulatorias. Este procedimiento es fundamental para garantizar transparencia y protección tanto para el asegurado como para la aseguradora.

Elementos incluidos en el registro:

- **Pólizas:** Documento principal del contrato entre el asegurado y la aseguradora, que define las coberturas, primas, condiciones y exclusiones del seguro.
- **Anexos:** Modificaciones o adiciones a la póliza que pueden afectar aspectos como coberturas o condiciones específicas.

- **Cláusulas:** Condiciones adicionales que ajustan los términos del seguro, ampliando o limitando las obligaciones y derechos de las partes involucradas.
- **Formularios:** Documentos estandarizados utilizados por las compañías aseguradoras para recabar, registrar o formalizar información relacionada con una póliza de seguros.

(Para mayor información, véase el apartado “Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

2.3 Licitación pública de seguros

La licitación pública es el procedimiento para la contratación de seguros colectivos realizado por las entidades supervisadas mediante convocatoria pública, con el propósito de obtener mejores condiciones en beneficio de sus clientes.

La licitación es aplicada para el seguro de desgravamen hipotecario de vivienda y automotores. Dicha licitación debe basarse en pólizas uniformes y cumplir con las normativas de la APS. El marco emitido conjuntamente por la APS y la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero (ASFI) establece un proceso detallado, desde la solicitud de no objeción a la ASFI hasta la adjudicación final, promoviendo la igualdad de condiciones y la protección de los clientes.³

Las entidades aseguradoras que participen en procesos de licitaciones públicas para ofrecer el seguro de desgravamen hipotecario de vivienda y de automotores, deben cumplir con un procedimiento específico regulado por la ASFI. A continuación, se expone en detalle dicho procedimiento, conforme a la normativa establecida por la ASFI, con el propósito de brindar una comprensión integral del mismo.

Tabla 1
Proceso de licitación

Licitación pública para la contratación de seguros colectivos
Políticas y procedimientos
Solicitud de no objeción a la ASFI
No objeción de la ASFI
Convocatoria de licitación pública
Periodo de consultas
Presentación y apertura de propuestas
Evaluación de propuestas
Publicación de resultados
Objeciones
Adjudicación y contratación
Duración del proceso de licitación pública

2.3.1 Licitación pública para la contratación de seguros colectivos

Todas las entidades supervisadas de intermediación financiera (tomador del seguro) que
3 Circular ASFI 421/2016 del 26 de septiembre de 2016, sección 3.

contraten seguros colectivos para sus clientes deben realizar este proceso mediante licitación pública, asegurando condiciones estandarizadas según las normativas de la APS.

Principios básicos:

- **Transparencia:** El proceso debe ser claro y accesible para todas las aseguradoras interesadas.
- **Igualdad:** Las propuestas deben evaluarse bajo las mismas condiciones y criterios.
- **Competitividad:** Se fomenta la competencia para obtener las mejores condiciones y primas para los clientes.

La licitación es aplicada para el seguro de desgravamen hipotecario de vivienda y automotores. La licitación debe basarse en pólizas uniformes y cumplir con las normativas de la APS. El marco emitido conjuntamente por la APS y la ASFI establece un proceso detallado, desde la solicitud de no objeción a la ASFI hasta la adjudicación final, promoviendo la igualdad de condiciones y la protección de los clientes.⁴

2.3.2 Políticas y procedimientos

Las entidades supervisadas de intermediación financiera deben contar con políticas y procedimientos detallados y aprobados por su directorio o un órgano equivalente. Estos documentos deben abordar todos los aspectos del proceso de licitación pública, incluyendo:

- Estructura del proceso: Definición clara de los pasos a seguir para la licitación de seguros colectivos.
- Requisitos legales y regulatorios: Asegurar que todas las acciones cumplan con las normativas establecidas por la APS y la ASFI.
- Criterios de evaluación: Establecimiento de criterios objetivos para evaluar las propuestas de las aseguradoras.
- Manejo de objeciones y consultas: Procedimientos para gestionar consultas y objeciones durante el proceso.⁵

Acceso y disponibilidad. Estos documentos deben estar disponibles para revisión por parte de la ASFI en cualquier momento que se requiera, garantizando así la supervisión y cumplimiento continuo con las normativas reguladoras.⁶

2.3.3 Solicitud de no objeción a la ASFI

4 Circular ASFI 421/2016 del 26 de septiembre de 2016, sección 3.

5 Circular ASFI 421/2016 del 26 de septiembre de 2016, sección 3.

6 Ley N.º 393 de Servicios Financieros, Art. 87.

Antes de iniciar una licitación pública, la entidad supervisada de intermediación financiera debe solicitar a la ASFI la “no objeción” para proceder. Para esto, debe presentar la siguiente documentación:

- Acta de reunión del directorio u órgano equivalente: Documento en el que se registren las condiciones de la licitación, aprobado formalmente.
- Proyecto de convocatoria: Redacción preliminar de la convocatoria pública, conforme al formato del Anexo 2 del reglamento, el cual será utilizado para invitar a las aseguradoras interesadas.

Importancia de la no objeción: La aprobación de la ASFI es un paso crucial para asegurar que las condiciones de la licitación y el proceso propuesto cumplan con las normativas regulatorias. Sin esta no objeción, el proceso no puede continuar.⁷

2.3.4 No objeción de la ASFI

Una vez recibida la solicitud, la ASFI tiene un plazo de 10 días hábiles administrativos para emitir su no objeción o realizar observaciones al proceso.

Observaciones: Si la ASFI encuentra observaciones, éstas deben ser corregidas por la entidad supervisada de intermediación financiera dentro del plazo estipulado.

Caducidad de la no objeción: Si la entidad supervisada de intermediación financiera no publica la convocatoria de la licitación pública dentro de los 30 días hábiles administrativos tras la emisión de la no objeción, ésta quedará sin efecto y la entidad deberá solicitar nuevamente la no objeción para reiniciar el proceso.

2.3.5 Convocatoria de licitación pública

Una vez obtenida la no objeción de la ASFI, la entidad supervisada de intermediación financiera debe:

- Publicar la convocatoria en un medio escrito de circulación nacional, asegurando la máxima difusión.
- Detallar las condiciones y requisitos de la licitación pública en su sitio web oficial.

Requisitos mínimos de la convocatoria:

- Información clara sobre los términos del seguro colectivo.
- Criterios de evaluación de las propuestas.
- Plazo para la presentación de propuestas.

⁷ Circular ASFI 421/2016 del 26 de septiembre de 2016, sección 3.

- Cualquier documentación adicional requerida para la presentación.

2.3.6 Periodo de consultas

Durante el periodo de consultas, las entidades aseguradoras interesadas podrán plantear dudas o solicitar aclaraciones sobre el proceso.

Publicación de aclaraciones: La entidad supervisada de intermediación financiera debe responder a estas consultas de manera oportuna y publicar las aclaraciones en:

- Un medio escrito de circulación nacional.
- El sitio web de la entidad, para garantizar la accesibilidad de la información.

Importancia: Este periodo es crucial para asegurar que todas las entidades aseguradoras cuenten con la misma información y puedan participar de manera equitativa.

2.3.7 Presentación y apertura de propuestas

La entidad supervisada de intermediación financiera debe establecer una fecha, hora y lugar específicos para la presentación y apertura de propuestas, lo cual debe realizarse en presencia de un Notario de Fe Pública. Este notario se encargará de:

- Registrar todas las propuestas recibidas.
- Verificar la documentación presentada según el Anexo 1 del reglamento.
- Permitir la presencia de los representantes de las entidades aseguradoras y del público general durante el proceso.

En caso de falta de propuestas: Si no se presentan propuestas, el notario debe dejar constancia de este hecho, y el proceso de licitación pública debe retroceder hasta la fase de solicitud de no objeción a la ASFI.

2.3.8 Evaluación de propuestas

El único criterio de adjudicación es la prima más baja ofrecida por las entidades aseguradoras.

En caso de empate: Si dos o más propuestas cumplen con todos los requisitos y presentan la misma prima más baja, se aplicarán criterios de desempate previamente definidos, los cuales deben incluir aspectos como:

- Transparencia y equidad.

- Solvencia financiera de la aseguradora.
- Otros factores relevantes.

Prohibiciones: Está prohibido solicitar documentación adicional o modificada después de la apertura de propuestas. Esto asegura la transparencia del proceso y evita cualquier posible manipulación.

2.3.9 Publicación de resultados

Concluida la evaluación, los resultados de la licitación deben ser publicados:

- En un medio de circulación nacional.
- En el sitio web oficial de la entidad supervisada.

Formato de publicación: La publicación debe seguir el formato establecido en la circular 421/2016 del 26 de septiembre de 2016, Anexo 3.

LIBRO 2º, TÍTULO VII, CAPÍTULO III

ANEXO 3 FORMATO DE PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

RESULTADOS DE LA LICITACIÓN PÚBLICA

PARA CONTRATACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO.... (consignar tipo de seguro a contratar)

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 87 de la Ley N.º 393 de Servicios Financieros y el Reglamento para Entidades de Intermediación Financiera que actúan como tomadores de seguros colectivos, contenido en el capítulo III, título VII, libro 2º de la recopilación de normas para servicios financieros de la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero,(consignar nombre de la entidad supervisada) comunica que los resultados de la licitación pública N.º (consignar el código interno de la entidad utilizada para identificar el proceso) para la contratación del seguro colectivo(consignar el seguro colectivo a contratar) son los siguientes:

NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADORA	PRESTACIÓN DE DOCUMENTOS REQUERIDOS (consignar si cumplió/ no cumplió)	CALIFICACIÓN DE RIESGO	PRIMA (consignar porcentaje o monto de la prima ofertada)	(Consignar otra información que la entidad supervisada determine)

(Consignar lugar y fecha)

*Nota: La entidad supervisada tiene la facultad de utilizar mas columnas para proporcionar mayor información, conforme a sus políticas y procedimientos.

2.3.10 Objeciones

Las entidades aseguradoras que participaron en el proceso pueden presentar objeciones si consideran que hubo alguna irregularidad. Estas objeciones deben estar debidamente fundamentadas y ser presentadas ante la ASFI.

Manejo de objeciones: La ASFI se encargará de canalizar estas objeciones a la entidad supervisada, la cual debe proporcionar respuestas claras y justificadas. La ASFI no intervendrá en los conflictos, sino que actuará como intermediario en el proceso de comunicación.

2.3.11 Adjudicación y contratación

Una vez resueltas las objeciones, la entidad supervisada de intermediación financiera adjudicará el contrato del seguro colectivo a la aseguradora que haya cumplido con todos los requisitos y condiciones del proceso de licitación.

Firma del contrato: El contrato debe ser firmado entre la entidad supervisada de intermediación financiera y la entidad aseguradora adjudicada, finalizando así el proceso de licitación pública.

2.3.12 Duración del proceso de licitación pública

El proceso de licitación pública no debe exceder los 60 días hábiles administrativos, contados desde la publicación de la convocatoria hasta la firma del contrato.

2.4 Postadjudicación

Concluido el periodo de licitación y formalizada la contratación con la entidad aseguradora adjudicada, se procede con las acciones que se detallan a continuación.

2.4.1. Registro electrónico del asegurado

Cada entidad aseguradora que ofrezca el seguro de desgravamen hipotecario debe implementar un registro electrónico de asegurados accesible en su sitio web y en el del tomador del seguro. Este registro debe permitir a los asegurados verificar su pertenencia al colectivo y consultar detalles de la póliza.⁸

Cartera de clientes

Transferencia de registro: Si una aseguradora no resulta adjudicataria, debe transferir el registro de asegurados a la aseguradora ganadora en un plazo máximo de cinco (5) días. La aseguradora ganadora tiene dos (2) días para solicitar la transferencia, y debe recibir copias digitalizadas de formularios relevantes para mantener y actualizar el archivo.⁹

Transferencia de cartera

En un nuevo proceso de contratación del seguro de desgravamen hipotecario, la cartera de asegurados puede ser transferida a otra entidad aseguradora bajo las siguientes condiciones:

- Las coberturas individuales deben mantenerse sin cambios, salvo mejoras para el asegurado.
- La nueva aseguradora no puede exigir nuevos requisitos de asegurabilidad ni modificar los formularios ya presentados.
- Las pólizas sucesivas serán indisputables durante los primeros dos años, salvo incumplimiento en el pago de la prima.

8 Resolución administrativa 687/2016 del 31 de mayo del 2016, Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario, Artículo 2.

9 Resolución administrativa 687/2016 del 31 de mayo del 2016, Reglamento de Seguro de Desgravamen Hipotecario, Artículo 19.

Cotización 03

3.1 Coberturas

3.2 Estructura de la prima

3.3 Slip de cotización

3.1 Coberturas

El seguro de desgravamen hipotecario tiene como propósito principal proteger tanto al cliente como a la institución financiera mediante la cancelación del saldo pendiente de la deuda en caso de siniestro. Este seguro es indispensable para evitar que la deuda hipotecaria se transfiera a los herederos o familiares del asegurado, garantizando la estabilidad financiera de sus dependientes. Las coberturas fundamentales incluyen:

Cubre el saldo de la deuda en caso de fallecimiento del asegurado por cualquier causa no excluida en la póliza. Esta cobertura garantiza que la obligación de pago de la deuda no recaiga en los herederos, sino que sea asumida por la aseguradora, liberando así el inmueble de cualquier gravamen y permitiendo a la familia conservar la propiedad.

Fallecimiento

Cubre el saldo de la deuda en caso de que el asegurado sufra una invalidez total y permanente como resultado de un accidente o enfermedad. La invalidez debe ser certificada por médicos autorizados por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) y estar dentro de las condiciones de cobertura.

Invalidez total y permanente

Adicionalmente, y bajo solicitud expresa del tomador del seguro, la póliza de desgravamen hipotecario puede extenderse para incluir las siguientes coberturas complementarias:

Gastos de sepelio

Ofrece una indemnización para cubrir los gastos funerarios del asegurado, sin exclusiones para los prestatarios, brindando apoyo financiero inmediato a la familia en momentos de duelo.

Capital adicional indemnizatorio

Proporciona un monto extra de indemnización a los beneficiarios o herederos, según las condiciones de la póliza, sirviendo como un respaldo financiero adicional en situaciones de necesidad.

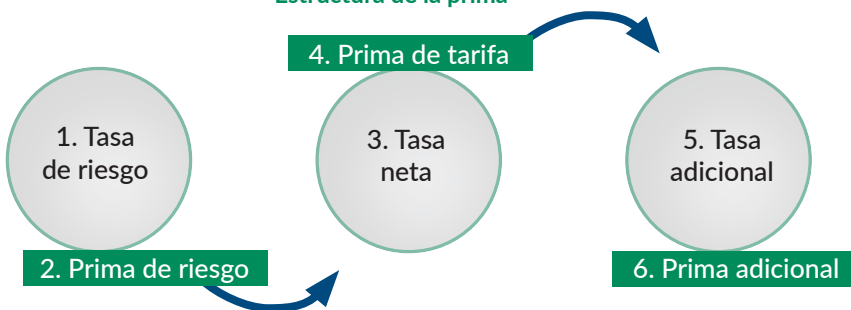
Cada cobertura en el seguro de desgravamen hipotecario está diseñada para proteger al asegurado y a su familia, así como para salvaguardar los intereses de la institución financiera. Este seguro garantiza que, en caso de siniestro, la deuda hipotecaria será cubierta en su totalidad o en parte, dependiendo de los términos de la póliza, permitiendo así que el bien hipotecado quede libre de cualquier carga financiera para los herederos.

3.1.1 Exclusiones

- Enfermedad preexistente que no fue comunicada por el asegurado a través del formulario de Solicitud de Seguro y Declaración de Salud.
- Intervención directa o indirecta del asegurado en actos criminales, que ocasionen el fallecimiento o invalidez total y permanente.
- Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el asegurado a través del formulario de solicitud de seguro y declaración de salud, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.¹⁰

3.2 Estructura de la prima

Ilustración 2
Estructura de la prima



¹⁰ Resolución administrativa 687/2016 del 31 de mayo del 2016, Anexo 3.

3.2.1 Tasa de riesgo

Este concepto se utiliza para medir la probabilidad de que un evento específico ocurra en un determinado intervalo de tiempo. Existen dos formas de calcularla: la primera corresponde al cálculo individual, es decir solo se tiene un deudor (TR); mientras que la segunda corresponde al cálculo de la tasa de riesgo para varios prestatarios o codeudores (TRM).

Asimismo, cabe mencionar que ésta es la primera tasa que se suele calcular puesto que su valor es muy utilizado en el desarrollo de los otros cálculos.

A. Tasa de riesgo para un seguro individual

La tasa de riesgo individual será denominada (TR) y se refiere a la probabilidad de que un asegurado específico incumpla con el pago de un préstamo o deuda. Este concepto es crucial en la gestión del desgravamen hipotecario, ya que permite a la entidad aseguradora evaluar la solvencia y ajustar los términos en consecuencia. Se la determina tomando el valor máximo entre la tasa de riesgo sugerida por la autoridad de fiscalización pensiones y seguros (TR_{APS}) y la tasa y riesgo establecida por la entidad Aseguradora (TR_A).

Ecuación 1 Tasa de riesgo individual

$$TR = \text{MAX} (TR_{APS}; TR_A)$$

Donde:

TR : Tasa de riesgo

MAX : Operación matemática, que tomando dos argumentos devuelve el mayor

TR_{APS} : Tasa de riesgo establecida por la APS

TR_A : Tasa de riesgo establecida por la entidad aseguradora

Tasa de riesgo establecida por la APS

La APS considera correspondiente establecer como tasa de riesgo (TR_{APS}) para las coberturas básicas de fallecimiento e invalidez total y permanente, el valor de 0,02%, aplicada al saldo insoluto de la deuda.¹¹

Ecuación 2 Tasa de riesgo APS

$$TR_{APS} = 0,02\%$$

Donde:

TR_{APS} : Tasa de riesgo establecido por la APS para las coberturas fallecimiento e invalidez total y permanente equivalente al 0,02%

11 Circular APS 76-2016.

Tasa de riesgo establecida por la entidad aseguradora

Cada entidad aseguradora cuenta con una oficina técnica que, en base a la siniestralidad y después de un lapso, llega a generar sus propias estadísticas y valores respecto a esta tasa de riesgo TR_A . Para obtener este valor se sugiere consultarlo en dicha oficina.

Ecuación 3 Tasa de riesgo entidad aseguradora

$$TR_A = X\%$$

Donde:

TR_{APS} : Tasa de riesgo establecida por la entidad aseguradora para las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente

$X\%$: Valor de la tasa de riesgo proporcionada por oficina técnica de la entidad aseguradora

B. Tasa de riesgo para codeudores

La tasa de riesgo de los codeudores (TRM) es una medida del riesgo percibido por parte de los prestamistas en relación con la capacidad del codeudor para cumplir con esta obligación en caso de que sea necesario.

Ecuación 4 Tasa de riesgo codeudores

$$TRM = (TR * n) * (1 - F_n)$$

Donde:

TRM : Tasa de riesgo para codeudores

TR : Tasa de riesgo individual, en el documento 4.1.1

n : Número de codeudores

F_n : Factor de descuento

Además de ello se considera un factor de descuento F_n basado en la cantidad de codeudores dentro de la operación financiera, este factor es variable dependiendo de la cantidad de codeudores, desde dos codeudores hasta n codeudores.

3.2.2 Prima neta

La prima neta (PN) es el monto que una aseguradora establece para cubrir el riesgo específico de pérdida o daño asociado a un objeto, propiedad o situación asegurada. Este valor se determina mediante una evaluación detallada del riesgo, garantizando que la aseguradora pueda afrontar posibles indemnizaciones derivadas de siniestros.

La prima neta es un componente esencial de la prima total, ya que refleja el costo directamente relacionado con el riesgo que la aseguradora asume al emitir una póliza. Su cálculo considera tanto la probabilidad de que ocurran eventos que generen siniestros como el

impacto potencial de dichos eventos. Para esto, se emplean métodos actuariales y estadísticos que analizan datos históricos y características específicas del riesgo asegurado.

Ecuación 5 Prima neta

$$PN = TR * VA$$

Donde:

PR: Prima neta

TR: Tasa de riesgo

VA: Valor asegurado

3.2.3 Tasa neta

Se puede definir como tasa neta (TN) a la prima básica que una entidad aseguradora cobra para cubrir los riesgos asegurados, incluyendo los costos adicionales, como gastos administrativos, comisiones y márgenes de beneficio.

Costos adicionales para el cálculo de la tasa neta

Los costos adicionales llegan a ser la suma de tasa de regulación, fondo de protección al asegurado, gastos administrativos, costos de adquisición, comisión del tomador y utilidad.

Tabla 2
Costos adicionales

<i>TREG=1%</i>	Tasa de regulación establecida por la APS. Equivalente al 1%. ¹²
<i>FPA=2,5‰</i>	Fondo de protección del asegurado. ¹³ Equivalente al 2,5‰.
<i>CC=%</i>	Comisión de cobranza del tomador El porcentaje X% determinado por el tomador. ¹⁴
<i>CA=%</i>	Comisión de adquisición ¹⁵ con un valor X% establecido por la entidad de intermediación financiera.
<i>GA= Rango:[mínimo(%),máximo (%)]</i>	Gastos administrativos. Deberá estar dentro de un límite mínimo y máximo, establecidos por la propia entidad aseguradora.
<i>UT= Rango:[mínimo(%),máximo (%)]</i>	La utilidad. Deberá estar dentro de un límite mínimo y máximo, establecidos por la propia entidad aseguradora.

12 Decreto Supremo N.º 25201, Art. 23.

13 Ley 365, Art. 9, párrafo IV.

14 Resolución administrativa APS/DJ/DS/UNE/ N.º 963/2023 del 03 de julio de 2023.

15 Resolución administrativa APS/DJ/DS/UNE/ N.º 963/2023 del 03 de julio de 2023.

3.2.4 Tasa neta (crédito individual)

El cálculo de la tasa neta se basa en el riesgo asegurado. Se obtiene dividiendo la tasa de riesgo (TR) entre uno menos la suma de costos adicionales (CA, GA, UT, TREG, FPA, CC). Esta fórmula ajusta la tasa de riesgo para incluir costos y márgenes, resultando en la tasa neta pura. Además, las primas de seguros de vida no generan tributos y las indemnizaciones por estos seguros están exentas del impuesto sucesorio.

Ecuación 6 Tasa neta crédito individual

$$TN = \frac{TRM}{1 - (CA + GA + UT + TREG + FPA + CC)}$$

Donde:

TN: Tasa neta

TRM: Tasa de riesgo codeudores (en caso de existir más de un prestatario)

CA: Costo de adquisición

GA: Gastos administrativos

UT: Utilidad

TREG: Tasa de regulación

FPA: Tasa de protección al asegurado

CC: Comisión de cobrador del tomador

3.2.5 Tasa neta (crédito con codeudores)

Ecuación 7 Tasa neta crédito individual

$$TN = \frac{TRM}{1 - (CA + GA + UT + TREG + FPA + CC)}$$

Donde:

TN: Tasa neta

TRM: Tasa de riesgo codeudores (en caso de existir más de un prestatario)

CA: Costo de adquisición

GA: Gastos administrativos

UT: Utilidad

TREG: Tasa de regulación

FPA: Tasa de protección al asegurado

CC: Comisión de cobrador del tomador

La tasa neta de un crédito con codeudores es calculada de manera diferente a la tasa neta de un único prestatario debido a la participación de múltiples personas en la responsabilidad del crédito; a ésta se agrega un factor de descuento dependiendo a la cantidad de codeudores.

Las primas generadas por seguros de vida no constituyen hecho generador de tributos. Las indemnizaciones por seguros de vida quedan exentas de impuesto sucesorio.

3.2.6 Prima de tarifa

Para poder calcular la prima de tarifa (PT) se debe considerar el valor de la tasa neta y multiplicarlo por el valor del capital asegurado, siendo ésta la prima que se utilizará para ofertar el seguro en el mercado.

Cabe recalcar que la variable (VA) registra el valor del capital asegurado o el valor de la deuda pendiente del crédito.

Ecuación 8 Prima de tarifa

$$PT = TN * VA$$

Donde:

PT_n: Prima de tarifa correspondiente al período mensual *n*

TN_n: Tasa neta correspondiente al periodo mensual *n*

VA: Capital asegurado dado por el saldo insoluto de la deuda

3.2.7 Identificación de costos adicionales

Una vez calculada la prima tarifa, se pueden determinar los costos adicionales a las variables que componen la prima adicional.

Ecuación 9 Monto económico asociado las variables de la prima adicional

mTREG=(TREG*PT)	mTREG: Monto económico asociado a la tasa de regulación TREG: Tasa de regulación
mFPA=(FPA*PT)	mFPA: Monto económico asociado al fondo de protección al asegurado FPA: Fondo de protección al asegurado
mCC=(CC*PT)	mCC: Monto económico asociado a la comisión del tomador CC: Comisión del tomador
mCA=(CA*PT)	mCA: Monto económico asociado a los costos de adquisición CA: Costos de adquisición
mGA=(GA*PT)	mGA: Monto económico asociado a los gastos administrativos GA: Gastos administrativos
mUT=(UT*PT)	mUT: Monto económico asociado a la utilidad UT: Utilidad esperada
	PT: Prima de tarifa

3.2.8 Prima adicional

Se suman los valores obtenidos de la ecuación 12, y el monto que se obtendrá llegará a ser la prima adicional.

Ecuación 10 Sumatoria prima adicional

$$PA = mTREG + FPA + mCC + mCA + mGA + mUT$$

Donde:

PA: Prima adicional

mTREG: Monto económico asociado a la tasa de regulación

mFPA: Monto económico asociado al fondo de protección al asegurado

mCC: Monto económico asociado a la comisión del tomador

mCA: Monto económico asociado a los costos de adquisición

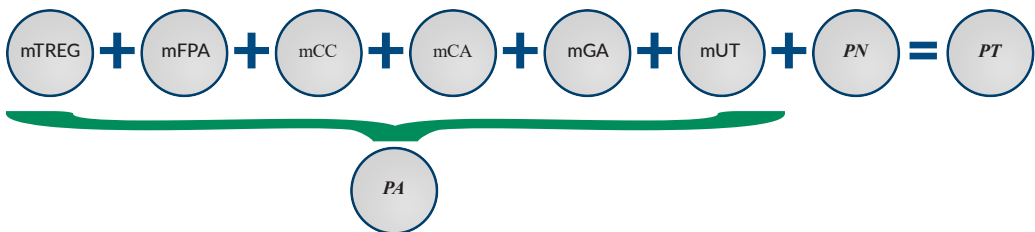
mGA: Monto económico asociado a los gastos administrativos

mUT: Monto económico asociado a la utilidad

3.2.9 Composición de la prima de tarifa

Una vez determinadas y ordenadas las variables, podemos definir la composición de la prima:

Ilustración 3
Composición de la prima de tarifa



3.3 Documento slip

Documento preliminar en el que se presentan las características y condiciones de una póliza de seguro que una aseguradora ofrece a un posible contratante. Funciona como una propuesta formal en la cual se especifican aspectos clave de la cobertura, tales como el plazo de contratación, el alcance de las coberturas, los requisitos de admisión, las exclusiones y las condiciones de pago, entre otros.

Este documento tiene el propósito de facilitar la comparación de ofertas entre distintas aseguradoras, permitiendo al contratante evaluar las condiciones, costos y beneficios de la cobertura ofrecida antes de tomar una decisión.

Entre el contenido podemos resaltar:

	Identificación del documento
Vigencia del seguro	Coberturas
Beneficiario	Asegurados
Requisitos de admisibilidad	Vigencia de cobertura
Suma asegurada	Periodo de carencia
Exclusiones	Indemnización
Liquidación mensual	Tasa
Moneda del contrato	Forma de pago
Comisión de servicio de cobranza	Costos de adquisición
Aspectos técnicos y operativos	

3.3.1 Identificación del documento

Define el tipo de documento y su propósito; en este caso, el *Slip* de cotización para la póliza de seguro de desgravamen hipotecario.

Instrucciones: Especificar el título completo del documento, seguido de los datos del contratante y el propósito de la cotización.

3.3.2 Vigencia del seguro

Indica la duración del contrato de la póliza cotizada.

Instrucciones: Detallar la duración del contrato (en años o meses).

3.3.3 Coberturas

Expone los riesgos cubiertos por la póliza.

Instrucciones: Especificar las coberturas principales y adicionales (por ejemplo, fallecimiento por cualquier causa, invalidez total y permanente), incluyendo montos o condiciones específicas.

3.3.4 Beneficiario

Indica la persona o entidad que recibirá la indemnización en caso de siniestro.

Instrucciones: Identificar al beneficiario de la póliza (p. ej., la entidad financiera) y especificar si se otorga a título oneroso.

3.3.5 Asegurados

Describe el grupo de personas elegibles para la cobertura bajo la póliza.

Instrucciones: Definir los rangos de edad mínima y máxima para ingreso y permanencia de los asegurados según cada tipo de cobertura.

3.3.6 Requisitos de admisibilidad

Presenta los criterios y requisitos necesarios para ser admitido como asegurado.

Instrucciones: Especificar los requisitos de ingreso (p. ej., declaración de salud, exámenes médicos) y los rangos de suma asegurada que determinan los requisitos adicionales.

3.3.7 Vigencia de cobertura

Explica la duración de la cobertura individual y las condiciones para su continuidad o terminación.

Instrucciones: Indicar cuándo inicia y finaliza la cobertura individual, las condiciones para su renovación y las causas de interrupción (como el incumplimiento en el pago de la prima).

3.3.8 Suma asegurada

Define el monto máximo que se indemnizará al beneficiario en caso de siniestro.

Instrucciones: Explicar el método de cálculo (p. ej., saldo insoluto del crédito) y las condiciones de aplicación.

3.3.9 Periodo de carencia

Establece el plazo en el que ciertos eventos no están cubiertos desde el inicio de la póliza.

Instrucciones: Indicar si existe un periodo de carencia, o especificar "No aplica" en caso contrario.

3.3.10 Exclusiones

Enumera las situaciones o eventos no cubiertos por la póliza.

Instrucciones: Especificar las exclusiones, como enfermedades preexistentes, actos criminales y otros riesgos excluidos.

3.3.11 Indemnización

Detalla el proceso y condiciones para el pago de la suma asegurada al beneficiario.

Instrucciones: Definir los requisitos de documentación y el tiempo de pago tras la aceptación del siniestro.

3.3.12 Liquidación mensual

Desarrolla el procedimiento para la presentación y revisión mensual de la póliza.

Instrucciones: Especificar el proceso de liquidación, el formato de envío, la periodicidad y el tiempo de respuesta de la aseguradora.

3.3.13 Tasa

Define el porcentaje que determina el costo de la prima en función de la suma asegurada.

Instrucciones: Indicar la tasa aplicable y si fue establecida a través de un proceso de licitación o de forma individual.

3.3.14 Moneda del contrato

Especifica la moneda en la que se realizarán los pagos y se calculará la suma asegurada.

Instrucciones: Señalar la moneda (p. ej., dólares estadounidenses o moneda local) y condiciones de cambio, si aplica.

3.3.15 Forma de pago

Describe la periodicidad y método de pago de las primas.

Instrucciones: Definir si los pagos serán mensuales, trimestrales o anuales, y las modalidades de pago permitidas.

3.3.16 Comisión de servicio de cobranza

Muestra el porcentaje que recibe el contratante por gestionar el cobro de la prima.

Instrucciones: Indicar el porcentaje de comisión sobre la prima y los términos para su cobro.

3.3.17 Costos de adquisición

Expone los gastos de adquisición que influyen en el costo total de la póliza.

Instrucciones: Expresar el porcentaje de costos de adquisición sobre la prima y otros cargos adicionales, si corresponde.

3.3.18 Aspectos técnicos y operativos

Establece los lineamientos operativos y de servicio para la administración del seguro.

Instrucciones: Detallar procedimientos y tiempos de respuesta en suscripción, atención de siniestros y seguimiento de casos, conforme a los niveles de servicio acordados.

Suscripción y emisión 04

4.1 Solicitud del seguro

4.2 Póliza

4.1 Solicitud del seguro

El proceso de coordinación y acuerdos entre el tomador, asegurado y entidad aseguradora para la obtención del seguro de desgravamen hipotecario no será detallado en este documento. En su lugar, se abordarán directamente aspectos clave como la declaración de salud del asegurado y el procedimiento de evaluación y aprobación del riesgo, fundamentales para la emisión de la póliza.

4.1.1 Solicitud del seguro de desgravamen hipotecario

Es un documento esencial en el proceso de contratación de este seguro, que ofrece protección financiera en caso de fallecimiento o invalidez del titular de un préstamo hipotecario.

Este documento resalta:

- **Declaración de salud:** Requiere que el solicitante informe su estado de salud actual para que la aseguradora evalúe el riesgo y determine las condiciones del seguro.
- **Datos del préstamo:** Detalla el monto, duración del préstamo y entidad financiera, información que permite calcular la prima basada en la deuda y el perfil de riesgo.

- **Aceptación de condiciones:** El solicitante da conformidad a las condiciones del seguro, incluyendo vigencia y caducidad, comprometiéndose a cumplir con las obligaciones contractuales.
- **Pago de primas:** Exige el compromiso del pago mensual de primas, cuyo incumplimiento podría dejar sin protección al asegurado y a sus beneficiarios.
- **Firma, lugar y fecha:** La firma, junto con lugar y fecha, valida la solicitud como expresión de intención y compromiso del solicitante.

Tabla 3
Formulario solicitud del seguro de desgravamen hipotecario

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Mediante el presente formulario, en conformidad con la Declaración de salud que precede, solicito a..... como entidad aseguradora, se me otorgue el seguro de desgravamen hipotecario, con referencia al préstamo que al presente gestiono ante (entidad de intermediación financiera) de la ciudad de..... por el plazo de..... (meses), con destino a.....

Para los efectos que corresponda declaro y doy mi absoluta conformidad a todas y cada una de las condiciones y estipulaciones establecidas por la entidad aseguradora, sobre concesión, vigencia y caducidad del citado seguro, según el reglamento aprobado, obligándome a pagar las primas mensuales del seguro solicitado.

Yo..... (solicitante).....

Lugar y fecha.....

4.1.2 Declaración jurada de salud para seguro de desgravamen hipotecario

El formulario de solicitud de seguro y declaración de salud, registrado ante la APS, debe emitirse en tres ejemplares: para el asegurado, la entidad aseguradora y el tomador. El tomador debe proporcionar y exigir el llenado completo del formulario durante la solicitud de préstamo. La entidad aseguradora debe digitalizar y mantener el formulario en un archivo electrónico actualizado. Si se emite una certificación de cobertura sin este formulario debidamente completado y firmado, se asumirá que la aseguradora conocía el estado del riesgo, salvo prueba de dolo o mala fe por parte del asegurado.¹⁶

¹⁶ Anexo 10 Formato único formulario de solicitud de seguro.

Tabla 4
Declaración jurada de salud para seguro de desgravamen hipotecario

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD
 PARA SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO**

Nombre completo.....

Carnet de identidad.....

Entidad de intermediación financiera.....

Monto del préstamo (Bs/US\$).....

Fecha de nacimiento.....

Ocupación principal.....

Estatura.....

Peso.....

1. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad que requirió hospitalización?

SÍ NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor especificar:

2. ¿Tiene o ha tenido algún tipo de cáncer?

SÍ NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor especificar:

3. ¿Tiene o ha tenido problemas o enfermedades cardíacas?

SÍ NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor especificar:

4. ¿Ha sido sometido a alguna operación quirúrgica en los últimos tres años?

SÍ NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor especificar:

Tabla 5
Declaración jurada de salud para seguro de desgravamen hipotecario - reverso

5. ¿Fuma más de diez cigarrillos diarios?

SÍ NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor especificar:

6. ¿Tiene Sida o es portador del virus de la Inmunodeficiencia Humana – VIH?

SÍ NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor especificar:

7. ¿Realiza o participa usted de alguna actividad o deporte de alto riesgo?

SÍ NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor especificar:

8. ¿Está recibiendo tratamiento médico?

SÍ NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor especificar:

Declaro que las respuestas que he consignado en este formulario de solicitud de seguro de desgravamen hipotecario y declaración de salud son verdaderas y completas.

Autorizo, a los médicos, clínicas, hospitales y otros centros de salud que me hayan atendido para que proporcionen a la entidad aseguradora, todos los resultados de los informes referentes a mi salud, en caso de enfermedad o accidentes, para lo cual libero a dichos médicos y centros médicos, en relación con su secreto profesional, de toda responsabilidad en que pudiera incurrir al proporcionar tales informes.

Solicitante: (nombre y firma)

.....
 Oficial de crédito
 (Firma y sello)

4.1.3 Aprobación, control y evaluación del riesgo

La aprobación del seguro puede ser automática tras completar el formulario de solicitud de seguro y declaración de salud. Si se requiere evaluación adicional, la aseguradora debe pronunciarse en un máximo de cinco (5) días hábiles desde la recepción de los formularios;

si no lo hace, se entenderá que la solicitud ha sido aceptada. En caso de requerir exámenes médicos, la aseguradora tiene diez (10) días hábiles, a partir de la recepción de los resultados, para comunicar la aceptación, condiciones particulares o rechazo; la falta de comunicación en este plazo implicará la aceptación tácita.¹⁷

4.2 Póliza del seguro

El contrato de seguro es un acuerdo mediante el cual el asegurador se compromete a indemnizar un daño o cumplir con una prestación convenida si ocurre la eventualidad prevista en el contrato. A su vez, el asegurado o tomador del seguro debe abonar la prima correspondiente.

4.2.1 Actores en el seguro de desgravamen hipotecario

En el contexto del seguro de desgravamen hipotecario, se identifican los siguientes actores clave:

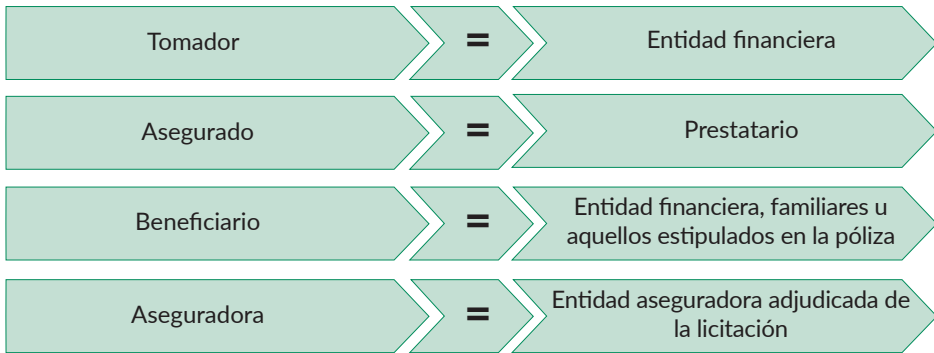
- **Tomador:** La entidad financiera actúa como tomador del seguro, siendo la parte que contrata la póliza con la aseguradora.
- **Beneficiario:** La entidad financiera será beneficiaria en caso de que se materialice el riesgo asegurado. Su función es garantizar el cumplimiento de las obligaciones de pago del préstamo otorgado al prestatario.

Se debe considerar también que si se cuenta con las coberturas de gastos de sepelio o capital adicional indemnizatorio los beneficiarios llegarían a ser los familiares u aquellos estipulados en la póliza.

- **Asegurado:** Es el prestatario, es decir, la persona física o jurídica que ha recibido un préstamo de la entidad financiera. Este individuo se encuentra protegido por la póliza en caso de fallecimiento o invalidez total y permanente, lo que asegura que la deuda hipotecaria sea saldada, resguardando así tanto sus intereses como los de la entidad financiera.
- **Aseguradora:** Esta será la entidad aseguradora adjudicada de la licitación, siendo que la aseguradora es quien respalda financieramente el cumplimiento del contrato de seguro, asegurando que la deuda hipotecaria sea saldada en caso de fallecimiento o invalidez del deudor.

¹⁷ Anexo 10 Formato único formulario de solicitud de seguro.

Ilustración 4
Actores dentro del seguro de desgravamen hipotecario



4.2.2 Condicionado particular

Las condiciones particulares del contrato de seguro son estipulaciones que regulan aspectos específicos que no están cubiertos por las condiciones generales, y que permiten personalizar una póliza de seguro. Estas condiciones detallan las características únicas de la póliza, como:

<p>Contratante y/o tomador:</p> <p>Persona o entidad que firma el contrato de seguro y asume las obligaciones de la póliza.</p>	<p>NIT</p> <p>Número de Identificación Tributaria asignado a cada contribuyente.</p>	<p>Dirección tomador:</p> <p>Dirección del domicilio del tomador del seguro.</p>
<p>Teléfono</p> <p>Número de contacto telefónico del tomador.</p>	<p>Nombre intermediario:</p> <p>El monto máximo que la aseguradora pagará en caso de siniestro.</p>	<p>Dirección de cobranza:</p> <p>El costo del seguro, que puede ser pagado en cuotas.</p>

A. Asegurados

Prestatarios por operaciones de crédito del tomador otorgadas. Se entiende por nuevas operaciones de crédito a todas aquellas que son aprobadas y desembolsadas por el tomador a partir de la vigencia de la póliza.

B. Beneficiarios

El tomador llega a ser el beneficiario para la cobertura de muerte ante cualquier causa y la cobertura complementaria de pago anticipado por invalidez total y permanente. En cambio, los herederos legales o plenamente declarados llegan a ser los beneficiarios por la cobertura de pago adicional por gastos de sepelio.

C. Vigencia

La póliza de seguro de desgravamen hipotecario deberá tener una vigencia de hasta tres años con pago de prima por cobertura mensual vencida.

La vigencia individual de la cobertura para cada asegurado será mensual, renovable automáticamente, iniciando en el momento del desembolso del préstamo y finalizando al momento de la extinción de la operación del préstamo, podría ser interrumpida en caso de la falta de pago siendo 30 días después de la fecha de vencimiento del pago.¹⁸

D. Fecha de inicio de la cobertura para cada asegurado

La cobertura para cada asegurado se inicia automáticamente en la fecha de desembolso del crédito y se mantiene vigente mientras el asegurado se encuentre reportado en los listados mensuales declarados por el tomador.

E. Fechas de finalización de la cobertura para cada asegurado

La cobertura del seguro finalizará en las siguientes situaciones:

- **Cancelación o finalización de la obligación del prestatario** con el tomador relacionada con las operaciones de crédito cubiertas por la póliza.
- **Vencimiento del plazo original del crédito**, salvo si:
 - Las eventualidades cubiertas ocurrieron durante la vigencia del seguro y el tomador cumplió con el aviso de siniestro en el plazo de 90 días.
 - El crédito fue reprogramado, prorrogado o renovado, y el tomador reportó las extensiones de plazo para calcular la prima adicional correspondiente.
- **Alcance de la edad límite de permanencia** definida en la póliza.
- **Incumplimiento en el pago de la prima** por parte del tomador, en cuyo caso la cobertura finalizará 30 días después del vencimiento del pago.

¹⁸ Resolución administrativa 687/2016 Art. 8.

F. Capital asegurado

El capital asegurado para las coberturas de muerte e invalidez corresponde al saldo insoluto de la deuda de capital más los intereses corrientes pendientes al momento del siniestro, excluyendo intereses penales y costos adicionales. Para la cobertura de gastos de sepelio, la aseguradora pagará el monto especificado en la póliza para cubrir estos gastos.

G. Coberturas

El seguro tiene como objetivo principal cubrir el saldo de la deuda del cliente con la institución financiera. Sus coberturas principales incluyen:

- **Fallecimiento por cualquier causa** no excluida en la póliza.
- **Invalidez total y permanente** por accidente o enfermedad, certificada por médicos autorizados por la APS, siempre que la causa de invalidez no esté excluida en la póliza.

H. Tomador

Se define al tomador del seguro como la persona que contrata el seguro en nombre y cuenta de un tercero. Si el tomador no especifica su calidad, el seguro se considerará contratado por el propio tomador, siempre y cuando tenga un interés asegurable.

I. Riesgos excluidos

La entidad aseguradora no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso de que el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado sea a consecuencia de:¹⁹

- Enfermedad preexistente que no fue comunicada por el asegurado a través del formulario de solicitud de seguro y declaración de salud.
- Intervención directa o indirecta del asegurado en actos criminales, que ocasionen fallecimiento o invalidez total y permanente.
- Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el asegurado a través del formulario de solicitud de seguro y declaración de salud, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.

¹⁹ Resolución administrativa 687/2016, Anexo 2, cláusula 3.

J. Prevalencia legal

La póliza de seguro abarca el condicionado general, el condicionado particular, el certificado de cobertura individual, las cláusulas y los formularios de solicitud de seguro y declaración de salud del asegurado. En caso de discrepancias, lo dispuesto en el condicionado particular prevalece sobre el condicionado general, y lo establecido en el certificado de cobertura individual tiene primacía sobre ambos y las cláusulas.²⁰

4.2.3 Formato único y lineamientos del condicionado particular

El formato único y los lineamientos del condicionado particular del seguro de desgravamen hipotecario son un conjunto de directrices que todas las aseguradoras deben adoptar al ofrecer esta póliza. Este documento estandarizado define las condiciones específicas de cobertura, los derechos y obligaciones de las partes involucradas, así como los procedimientos a seguir en caso de siniestro. Su implementación garantiza una estructura clara y uniforme que permite a los asegurados comprender fácilmente los términos del seguro que están contratando.

²⁰ Resolución administrativa 687/2016, Anexo 3.

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

Resolución administrativa APS/DS/N° _____

Código de registro _____

PÓLIZA N.º

TOMADOR:	Entidad de intermediación financiera
ASEGURADOS:	Prestatarios de la entidad de intermediación financiera
INICIO DE VIGENCIA:	Desde Hrs. 00:01 de...
FIN DE VIGENCIA:	Hasta Hrs. 24:00 de...
DIRECCIÓN TOMADOR:	
CIUDAD:	
TELÉFONO(S):	
LUGAR DE PAGO:	

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

RAZÓN SOCIAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

Fax:

E-MAIL:

PÁGINA WEB:

MATERIA DEL SEGURO: CLIENTES DEL TOMADOR DEL SEGURO QUE HUBIERAN CONTRAIDO UN PRÉSTAMO, LOS CUALES SE CONSIDERAN PARA EL PRESENTE SEGURO, COMO ASEGURADOS.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO: La vigencia individual de la cobertura para cada Asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose el momento del desembolso del préstamo por parte de la entidad de intermediación financiera a favor del asegurado (prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días (30) después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de la entidad aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo no interrumpirán la vigencia de la cobertura individual.

CAPITAL ASEGURADO: El capital asegurado durante la vigencia de la póliza corresponderá, para la cobertura de fallecimiento o invalidez total y permanente de la póliza de seguro de desgravamen hipotecario, al valor del saldo insoluto de la deuda; y para las coberturas adicionales, corresponderá al valor establecido en el Certificado de Cobertura Individual.

PRIMA: El monto de la prima de tarifa del seguro de desgravamen hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al capital asegurado.

COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICAS (considerando las exclusiones de la póliza).

TASA

- Fallecimiento por cualquier causa %
- Invalidez total y permanente %

COBERTURAS ADICIONALES

- Gastos de sepelio %
- Capital adicional indemnizatorio %

Las coberturas se encuentran sujetas a lo establecido en el condicionado general.

BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO: ENTIDAD DE INTERMEDIACION FINANCIERA_____

ALCANCE TERRITORIAL: Negocios suscritos en el Estado Plurinacional de Bolivia con cobertura mundial.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

LÍMITES DE EDADES

Fallecimiento:

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 70 años y 364 días.

Permanencia: Hasta cumplir los 75 años y 364 días.

Invalidez:

Ingreso: Desde los 18 años hasta cumplir los 65 años y 364 días.

Permanencia: Hasta cumplir los 70 años y 364 días.

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD: NO PODRÁN ASEGURARSE PERSONAS QUE SEAN MENORES DE 18 AÑOS Y LAS PERSONAS MAYORES A LOS LÍMITES DE PERMANENCIA ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONDICIONADO PARTICULAR.

CUANDO SE TRATE DE CASOS DE MAYOR RIESGO, LA ADMISIBILIDAD PODRÁ REQUERIR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD ASEGURADORA.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE FORMULARIOS: CONFORME A LO ACORDADO CON EL TOMADOR DE SEGURO EN EL MARCO DEL REGLAMENTO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE ASEGURADOS: CONFORME A LO CORDADO CON EL TOMADOR DE SEGURO EN EL MARCO DEL REGLAMENTO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

CONDICIONES DE TRANSFERENCIA DE CARTERA: CONFORME AL REGLAMENTO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO.

OBSERVACIONES:

Las primas de este seguro no constituyen hecho generador de tributo según el Art. N.º 54 de la Ley de Seguros 1883 del 25 de junio de 1998.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA:

- Condicionado particular.
- Condicionado general.
- Certificados de cobertura individual.
- Cláusulas.
- Formularios de solicitud de seguro y declaración de salud del asegurado.

Lugar y fecha.....

FIRMAS AUTORIZADAS

4.2.4 Texto único del condicionado general

El texto único del condicionado general es un documento fundamental que establece las condiciones bajo las cuales se opera el seguro de desgravamen hipotecario. Este texto sirve como guía clara y comprensible para todas las partes involucradas, definiendo conceptos clave, responsabilidades y derechos de los asegurados y tomadores. En él se detallan las coberturas básicas y adicionales, así como las exclusiones pertinentes, lo que permite a los asegurados conocer de manera precisa los términos de su póliza. Además, el condicionado general establece la vigencia de la cobertura, los procedimientos para la evaluación de riesgos, y las obligaciones del asegurado en cuanto a la declaración de su estado de salud, garantizando así la transparencia y la correcta aplicación del seguro.

PÓLIZA N.º:
TOMADOR:

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- (DEFINICIONES). Las partes convienen en definir, los siguientes términos:

Asegurado: Persona natural deudora y/o codeudora de una entidad de intermediación financiera por la suscripción de un contrato de préstamo, cubierto por el seguro de desgravamen hipotecario.

Beneficiario: La entidad de intermediación financiera otorgante del préstamo contratado por el asegurado con la cobertura del seguro de desgravamen hipotecario, descrita en las condiciones particulares de la póliza de seguros.

Para las coberturas adicionales, beneficiario(s) será(n) la(s) persona(s) designada(s) por el asegurado.

Codeudor: Es la persona que se obliga conjuntamente a otra(s) (de forma directa) a efectuar el pago del préstamo.

Entidad aseguradora: Sociedad Anónima de giro exclusivo en la administración de seguros autorizada por la APS, para la contratación de seguros directos en la modalidad de seguros de personas, que asume los riesgos amparados en el seguro de desgravamen hipotecario.

Enfermedad preexistente: Corresponde a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien toma el servicio de diagnóstico de salud o examen médico, antes de la contratación del seguro.

Fallecimiento: Es la muerte por cualquier causa del asegurado.

Invalidez total y permanente: Se considera invalidez total y permanente al estado de situación física del asegurado que como consecuencia de una enfermedad o accidente presenta una pérdida o disminución de su capacidad física y/o intelectual, igual o superior al 60% de su capacidad de trabajo, siempre que el grado de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INNO) o la Entidad Encargada de Calificar (EEC) o por un médico calificador debidamente registrado en la APS.

Saldo insoluto de la deuda: Es el saldo adeudado por el asegurado a la entidad de intermediación financiera y representa el monto inicial del préstamo menos las amortizaciones de capital efectuadas más los intereses devengados.

Tomador del seguro: Entidad de intermediación financiera que por cuenta y a nombre del asegurado (prestatario), contrata con la entidad aseguradora el seguro de desgravamen hipotecario.

CLÁUSULA 2.- (COBERTURAS BÁSICAS Y ADICIONALES). El capital asegurado que figura en el Certificado de Cobertura Individual será pagado por la entidad aseguradora, cuando el asegurado sufra el fallecimiento por cualquier causa o la invalidez total y permanente, salvo por los riesgos excluidos que se encuentran especificados en la cláusula 3 del presente documento.

En ningún caso la entidad aseguradora podrá realizar el pago del siniestro a prorrata en función del número de codeudores, debiendo cubrir la totalidad del saldo insoluto de la deuda para los casos referidos, ante la ocurrencia del siniestro que afecte a cualquiera de los codeudores.

Cuando la operación de préstamo contemple codeudores, se aseguran a todos los codeudores, cada uno por el 100% del saldo insoluto de la deuda.

CLÁUSULA 3.- (RIESGOS EXCLUIDOS). La entidad aseguradora no cubrirá a y estará eximida de toda responsabilidad, en caso de que el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado sobrevenga, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- a. Enfermedad preexistente que no fue comunicada por el asegurado a través del Formulario de solicitud de seguro y declaración de salud.
- b. Intervención directa o indirecta del asegurado en actos criminales, que le ocasionen el fallecimiento o invalidez total y permanente.
- c. Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- d. Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- e. Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el asegurado a través del formulario de solicitud de seguro y declaración de salud, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- f. Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.

CLÁUSULA 4.- (VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO). La vigencia individual de la cobertura para cada asegurado será mensual renovable automáticamente en el marco de la vigencia de la póliza de seguro.

La vigencia individual de la cobertura para cada asegurado se iniciará en el momento del desembolso del préstamo por parte de la entidad de intermediación financiera a favor del asegurado (prestatario) y finalizará en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpió en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de entidad aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo no interrumpirán la vigencia de la cobertura individual.

La aprobación del seguro podrá ser automática al llenado del formulario de solicitud de seguro y declaración de salud.

En caso de que el riesgo requiera de evaluación y no sea aprobado de manera automática, el pronunciamiento de la entidad aseguradora no podrá exceder el plazo de 5 días hábiles de haber recibido los formularios de solicitud de seguro y declaración de salud, entendiéndose aceptada la solicitud de no pronunciarse en dicho plazo.

Si la entidad aseguradora para su pronunciamiento requiera previamente de exámenes médicos sobre el estado de salud del solicitante del seguro de desgravamen hipotecario, deberá solicitar los mismos en el plazo de los cinco (5) días hábiles establecidos para su pronunciamiento, computables de la fecha de recepción del Formulario de solicitud de seguro y declaración de salud. Una vez conocidos los resultados de los exámenes médicos, la entidad aseguradora en el plazo de diez (10) días hábiles computables a partir de la recepción de estos, deberá pronunciarse comunicando de manera expresa la aceptación, o el establecimiento de condiciones particulares de aseguramiento para el caso, o el rechazo. La falta de dicha comunicación significaba la tácita aceptación de la entidad aseguradora.

La entidad aseguradora tiene la responsabilidad de que los requisitos de asegurabilidad establecidos por su reasegurador se encuentren reflejados en el condicionado particular.

CLÁUSULA 5.- (CERTIFICADOS DE COBERTURA INDIVIDUAL). La entidad aseguradora deberá acreditar individualmente a los asegurados los términos y condiciones básicos del seguro de desgravamen hipotecario establecidos en el presente reglamento.

Sin que supla el mecanismo electrónico, el Certificado de Cobertura Individual también podrá instrumentarse, sujeto a aceptación de la entidad de intermediación financiera, sin costo para el asegurado, a través de los comprobantes de amortización del préstamo, incluyéndose en ellos los términos y condiciones básicos de la póliza de seguro de desgravamen hipotecario (coberturas, tasa neta, exclusiones, requisitos, plazo para el pago de las indemnizaciones y otros).

De manera coexistente al Certificado de Cobertura Individual efectuado por intermedio del mecanismo electrónico y del comprobante de amortización del préstamo, la entidad aseguradora o en su caso la corredora de seguros, a simple requerimiento del asegurado y sin costo alguno para éste, también podrá extender el Certificado de Cobertura Individual convencional.

CLÁUSULA 6.- (PREVALENCIA LEGAL). La póliza de seguro comprende el condicionado general, el condicionado particular, el Certificado de Cobertura Individual, las cláusulas, formularios de solicitud de seguro y declaración de salud del asegurado.

En caso de discrepancia entre estas, prevalecer a lo establecido en el condicionado particular sobre el condicionado general.

Si el Certificado de Cobertura Individual se encuentra en discrepancia con lo establecido en el condicionado general y/o condicionado particular de la póliza y/o cláusulas, prevalecerá lo dispuesto por el Certificado de Cobertura Individual.

CLÁUSULA 7.- (PARTES CONTRATANTES). Son partes del presente contrato, la Entidad Aseguradora que asume los riesgos comprendidos en el contrato, el asegurado que es la persona física que está expuesta al riesgo cubierto por el seguro y el tomador del seguro que es la persona jurídica que, por cuenta y a nombre de un asegurado, contrata con la entidad aseguradora la cobertura de los riesgos.

CLÁUSULA 8.- (ADMISIBILIDAD). No podrán asegurarse personas que sean menores de 18 años y las personas mayores de la edad establecida en el condicionado particular. Cuando se traten de casos de riesgo agravado, la admisibilidad requerirá el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad establecidos en el condicionado particular y la aceptación expresa del riesgo por la entidad aseguradora.

CLÁUSULA 9.- (OBLIGACIÓN DE DECLARAR DEL ASEGURADO). El asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente las afectaciones de salud que tiene y todo hecho y circunstancias que tengan importancia para la determinación del estado de riesgo, tal como lo conozca; a través del formulario de declaración de salud proporcionado por la entidad aseguradora.

Si se extendió la póliza de seguro de desgravamen hipotecario sin exigir al asegurado las declaraciones escritas, se presume que la entidad aseguradora conocía el estado de riesgo, salvo que ésta pruebe dolo o mala fe del asegurado.

CLÁUSULA 10.- (RETICENCIA O INEXACTITUD). La reticencia o inexactitud en las declaraciones del asegurado en el Formulario de declaración de salud hacen anula-ble la cobertura individual, siempre y cuando dicha reticencia o inexactitud suponga ocultación de antecedentes, de tal importancia que, de ser conocidos por la entidad aseguradora, ésta no habría otorgado la o las coberturas del contrato o de hacerlo, lo hubiera hecho en condiciones distintas. La entidad aseguradora deberá demostrar este aspecto al momento de alegar reticencia o inexactitud.

Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe por parte del asegurado hacen nula la cobertura individual, en tal caso el asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

Se presume la buena fe del asegurado, correspondiendo probar lo contrario a la entidad aseguradora.

CLÁUSULA 11.- (INAPLICABILIDAD DE LA RETICENCIA O INEXACTITUD). La entidad aseguradora no puede alegar reticencia o inexactitud, en los siguientes casos:

- a. Si la reticencia o inexactitud no implica un mayor riesgo, tal que conocidos por la entidad aseguradora los hechos o estados de situación verdaderos, la misma admitiría el riesgo sin recargo alguno.
- b. Si la entidad aseguradora otorga cobertura al asegurado con el Certificado de Cobertura Individual sin exigir la Declaración de salud.
- c. Si el asegurado al momento de su Declaración de salud no conocía el estado del riesgo.
- d. Si la entidad aseguradora no pidió antes de la emisión del Certificado de Cobertura Individual, las aclaraciones en puntos manifiestamente vagos y/o imprecisos de las declaraciones.
- e. Si la entidad aseguradora por otros medios de manera previa a la aceptación del estado del riesgo tuvo conocimiento del verdadero estado del riesgo.
- f. Si la reticencia o inexactitud no tiene relación con la producción del siniestro o sus efectos.

CLÁUSULA 12. (MODIFICACIÓN, RESCISIÓN Y PÉRDIDA DE COBERTURA DEL CONTRATO). Una vez que la entidad aseguradora asume los riesgos derivados del Certificado de Cobertura Individual, ésta no podrá modificar las condiciones del contrato, ni podrá rescindir el mismo; la falta de pago de la prima implica la pérdida de la cobertura después de los treinta (30) días de la fecha en que debió ser efectuado el pago.

CLÁUSULA 13.- (NULIDAD DE LA COBERTURA). La cobertura individual será declarada nula cuando el seguro haya sido suscrito para una persona menor a diez y ocho (18) años.

CLÁUSULA 14.- (INDISPUTABILIDAD). La validez de esta póliza y su cobertura no será discutida después de transcurridos los dos años desde el momento de la fecha de desembolso del préstamo, y de la aceptación expresa o tácita de la entidad aseguradora.

Si dentro de los dos años desde la fecha de desembolso del préstamo, la entidad aseguradora no ha pretendido impugnar o anular dicha cobertura por reticencia o inexactitud en las declaraciones de salud del asegurado. Pasado dicho plazo, la entidad aseguradora está impedida de pretender la impugnación o anulación.

Para efectos del cómputo del plazo mencionado precedentemente, se considera la permanencia continua e ininterrumpida de la cobertura individual, no obstante, la misma hubiera sido otorgada por más de una entidad aseguradora.

La falta de pago de primas por parte del asegurado libera a la entidad aseguradora a Indemnizar en caso de producido el evento.

CLÁUSULA 15.- (SUICIDIO). La entidad aseguradora no se libera de pagar el siniestro correspondiente, en caso de producirse el suicidio del asegurado, después de dos años desde el desembolso del préstamo.

CLÁUSULA 16.- (PRIMAS). El monto de la prima de tarifa del seguro de desgravamen hipotecario se determina aplicando la tasa neta al capital asegurado.

La prima es debida desde el momento de la celebración del contrato, pero no es exigible sino con la emisión del Certificado de Cobertura Individual.

Es obligación de la entidad de intermediación financiera abonar a la entidad aseguradora el monto de la prima pagada por el asegurado en el término que ambas partes convengan contractualmente.

El pago de la prima deberá ser efectuado mensualmente por el Asegurado a la Entidad Aseguradora, a través de la entidad de intermediación financiera, designada por la entidad aseguradora, en las mismas fechas del cronograma de amortización del préstamo, salvo que en el condicionado particular de la póliza se establezca una modalidad diferente. No incurre en mora el asegurado, si el lugar del pago o el domicilio de la entidad aseguradora o el lugar indicado en la póliza han sido cambiados sin su conocimiento.

El incumplimiento de pago de la prima treinta (30) días después de la fecha en que debió efectuarse, interrumpió la vigencia de la Cobertura Individual del Asegurado.

El abono de las primas de la entidad de intermediación financiera a la entidad aseguradora, en forma posterior a la fecha en que el asegurado pago la prima, no significará mora o incumplimiento atribuible al asegurado, y cualquier contingencia o perjuicio que causen dichas situaciones al asegurado, serán de responsabilidad plena de la entidad de intermediación financiera.

CLÁUSULA 17.- (REHABILITACIÓN). Si el seguro caduco por falta de pago de la prima, el asegurado o el tomador del seguro puede, en cualquier momento, rehabilitar la cobertura, con el pago de la(s) prima(s) atrasada(s) y los intereses devengados sin la necesidad de examen médico.

CLÁUSULA 18.- (CAPITAL ASEGURADO). El capital asegurado durante la vigencia de la póliza corresponderá, para la cobertura de fallecimiento o invalidez total y permanente de la póliza de seguro de desgravamen hipotecario, al valor del saldo insoluto de la deuda y; para las coberturas adicionales, corresponderá al valor establecido en el Certificado de Cobertura Individual.

CLÁUSULA 19.- (EL SINIESTRO). El siniestro se produce al materializarse el riesgo cubierto por la póliza de seguro y da origen a la obligación de la entidad aseguradora de indemnizar o efectuar el pago de la prestación convenida. El siniestro se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario.

Si el siniestro se produce dentro de la vigencia del seguro, la entidad aseguradora responde con la indemnización correspondiente, aun cuando se evidencie la ocurrencia del siniestro durante el mes siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago de la prima que no fue pagada; pero si el siniestro se produce antes de la entrada en vigencia del seguro, o de manera posterior a la conclusión de la vigencia del seguro, la entidad aseguradora no responde por la indemnización.

Para efectos de la cobertura de fallecimiento, el siniestro se reconocerá a partir de la fecha de la ocurrencia de éste.

En caso de invalidez total y permanente, se reconoce que el siniestro se ha producido en la fecha determinada en el dictamen médico.

CLÁUSULA 20.- (PRUEBA DEL SINIESTRO). En caso de fallecimiento, incumbe al beneficiario probar que se suscitó el siniestro.

En caso de invalidez total y permanente, corresponde al asegurado o beneficiario probar la ocurrencia del siniestro.

En su caso corresponde a la entidad aseguradora probar los hechos y circunstancias que pudieran liberarlo, en todo o en parte, de su responsabilidad.

El siniestro se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario.

CLÁUSULA 21.- (AVISO DE SINIESTRO). El asegurado o beneficiario, en un plazo máximo de quince (15) días calendario de tener conocimiento del siniestro, deberá comunicar tal hecho a la entidad aseguradora, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

No se puede invocar retardación u omisión del aviso cuando la entidad aseguradora, dentro del plazo indicado, intervenga en la comprobación del siniestro al tener conocimiento de este por cualquier medio.

La entidad aseguradora podrá liberarse de sus obligaciones cuando compruebe que el asegurado o beneficiario, según el caso, omita dar el aviso dentro del plazo establecido, con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro.

CLÁUSULA 22.- (REQUERIMIENTOS Y LÍMITES A LA INFORMACIÓN). La entidad aseguradora tiene el derecho de exigir del asegurado o beneficiario, toda la información que pueda ser proporcionada por estos, siempre y cuando permitan determinar la causa, identidad de las personas, hechos y circunstancias del siniestro.

La exigencia de documentos por parte de la entidad aseguradora estará limitada a la posibilidad razonable de ser presentados por parte del asegurado o beneficiario. Toda exigencia que sobrepase ese límite ha de entenderse como exigencia prohibida. Además, dichas exigencias no pueden exceder los límites de la obligación determinada en la cláusula 20 del presente condicionado y deberán estar relacionadas a la ocurrencia del siniestro.

No surte efecto alguno la convención que condicione la indemnización a cargo de la entidad aseguradora, a una sentencia pasada en autoridad de cosa juzgada.

CLÁUSULA 23.- (PLAZO PARA PRONUNCIARSE). La entidad aseguradora debe pronunciarse sobre el derecho del asegurado o beneficiario dentro de los (30) días de recibida la información y evidencias del siniestro. Se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo de plazos.

El plazo de (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud de la entidad aseguradora al asegurado para que se complemente la información, y este plazo no vuelve a correr hasta que el asegurado haya cumplido tales requerimientos.

La solicitud de complementación por parte de la entidad aseguradora no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro del plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del asegurado y/o beneficiario, después de la entrega por parte del asegurado y/o beneficiario del último requerimiento de información.

EL silencio de la entidad aseguradora, vencido el termino para pronunciarse o venci-da(s) la(s) solicitud(es) de complementación, importa la aceptación del reclamo

CLÁUSULA 24.- (REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN).

- a. Documentación para el pago de la indemnización en caso de fallecimiento del asegurado:

- Certificado de Defunción extendido por oficial de Registro Civil. Si el asegurado hubiera fallecido fuera del país, el indicado certificado deberá llevar las legalizaciones correspondientes del consulado boliviano del país donde hubiera ocurrido el hecho o el consulado boliviano más accesible, y el de la autoridad competente en territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.
En caso de que la obtención del Certificado de Defunción fuera dificultosa por ausencia de Oficinas de Registro Civil en la jurisdicción municipal del domicilio del asegurado siniestrado o en la jurisdicción municipal colindante del municipio donde vive el asegurado siniestrado, podrá ser aceptada una certificación extendida por la autoridad comunitaria competente del lugar de ocurrencia del siniestro, con la participación de dos personas en calidad de testigos.
 - Documento de identificación del asegurado.
 - Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro. Documento de preliquidación del préstamo emitido por el tomador.
- b.** Documentación para el pago de la indemnización en caso de invalidez total y permanente:
- Declaración Médica de Invalidez, emitida por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) o por la Entidad Encargada de Calificación (EEC) o por el médico calificador registrado en la APS.
 - Documento de identificación del asegurado.
 - Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.
 - Documento de preliquidación del préstamo emitido por el tomador.

CLÁUSULA 25.- (PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN). Establecido el derecho del asegurado o beneficiario conforme lo dispuesto en la cláusula 23 del presente condicionado, la entidad aseguradora debe pagar la indemnización, dentro de los quince (15) días siguientes.

La entidad aseguradora se compromete a realizar el pago total de la indemnización ante la ocurrencia del Siniestro que afecte a cualquiera de los codeudores.

Si la entidad aseguradora incurre en mora, vencido el plazo señalado, procederá el pago adicional de intereses sobre el capital no pagado entre la fecha límite de pago y la fecha de pago efectivo, que se calcularán diariamente aplicando la tasa promedio ponderada del sistema financiero para préstamos en moneda nacional, publicada por el Banco Central de Bolivia.

CLÁUSULA 26.- (DERECHOS NO SUBROGABLES). La entidad aseguradora no puede, en ningún caso, subrogarse los derechos que tenga el asegurado o beneficiario contra terceros causantes del siniestro.

CLÁUSULA 27.- (PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN). El asegurado o el beneficiario pierde el derecho a la indemnización o pago de las prestaciones convenidas, cuando:

- a. Provoque dolosamente el siniestro;
- b. Oculte o altere, maliciosamente, en la verificación del siniestro, los hechos y circunstancias relacionados al aviso del siniestro y la documentación requerida por la entidad aseguradora.
- c. Recorra a pruebas falsas con el ánimo de obtener en beneficio ilícito.

CLÁUSULA 28.- (PRESCRIPCIÓN). Los beneficios no reclamados, prescriben en favor del Estado, en el término de cinco años a contar de la fecha en que el beneficiario conozca la existencia del beneficio en su favor.

La prescripción se interrumpe por cualquiera de los actos jurídicos establecidos por Ley.

CLÁUSULA 29.- (CONTROVERSIAS DE HECHO). Las controversias de hecho sobre las características técnicas del seguro, serán resueltas a través del peritaje, de acuerdo a lo establecido en la póliza de seguro. Si por esta vía no se llegara a un acuerdo sobre dichas controversias, éstas deberán definirse por la vía del arbitraje.

Las partes, de común acuerdo, podrán nombrar un perito único; si no hubiera acuerdo, cada parte nombrará el suyo y un tercero dirimidor. Este último será designado por el Juez, si las partes no acuerdan su nombramiento.

CLÁUSULA 30.- (CONTROVERSIAS DE DERECHO). Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de seguro serán resueltas únicamente por la vía del arbitraje de acuerdo a lo previsto en la Ley N.º 708 de 26 de junio de 2015.

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV100.000,00.- (Cien Mil 00/ 100 Unidades de Fomento a la Vivienda). Si por esta vía y considerando dicha cuantía, no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá conocer y resolver la controversia mediante Resolución administrativa debidamente motivada.

CLÁUSULA 31.- (COMPETENCIA) El juez o tribunal competente para conocer las acciones judiciales emergentes del contrato de seguro de desgravamen hipotecario será el del asiento judicial correspondiente al domicilio señalado por el asegurado como domicilio real.

CLÁUSULA 32.- (OBLIGACIÓN DE COMUNICAR). Cualquier comunicación que haya de efectuarse entre las partes del contrato, en relación a la presente póliza, deberá enviarse a la entidad aseguradora por escrito a su domicilio y al último domicilio establecido por el asegurado o tomador del seguro.

CLÁUSULA 33.- (CÓMPUTO DE PLAZOS). Para efecto de los plazos de la póliza, el plazo en días se computará a partir del día siguiente al de la fecha de ocurrido el hecho.

El plazo de vencimiento que coincida en un sábado, domingo o feriado pasara al día hábil siguiente.

CLÁUSULA 34.- (DUPLICADOS DE PÓLIZAS Y CERTIFICADOS DE SEGUROS). La entidad aseguradora, a solicitud escrita y a costa del tomador o asegurado, extenderá duplicado legalizado de la póliza (cláusulas, certificados, etc.) en caso de robo, pérdida, destrucción u otros.

Asimismo, el tomador y/o el asegurado podrán requerir copia de la propuesta de seguro y sus declaraciones a la entidad aseguradora.

4.2.5 Certificado de cobertura individual

El certificado de cobertura individual, emitido por la aseguradora, confirma la existencia y detalles de la cobertura en seguros de vida, salud, accidentes personales o desgravamen hipotecario. Para el seguro de desgravamen hipotecario, el certificado debe detallar coberturas, tasas, exclusiones, requisitos y plazos de indemnización. Puede ser emitido electrónicamente, incluido en los comprobantes de amortización del préstamo, o solicitado en formato físico, previa aceptación de la entidad financiera y sin costo adicional. aceptación de la entidad financiera y sin costo adicional. También puede ser solicitado en formato físico.²¹

²¹ Anexo 4 Certificado de cobertura individual seguro de desgravamen hipotecario.

RAZÓN SOCIAL:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:
FAX:
E-MAIL:
PÁGINA WEB:

EL PRESENTE CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL TIENE VALIDEZ GAL PARA TODA ENTIDAD ASEGURADORA QUE OPERA EN LA MODALIDAD SEGUROS DE PERSONAS Y QUE OTORGA EL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO, PARA LO CUAL EL ASEGURADO EXPRESA DE MANERA VOLUNTARIA SU ADHESIÓN AL PRESENTE SEGURO.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO: La vigencia individual de la cobertura para cada asegurado será mensual renovable automáticamente, iniciándose en el momento del desembolso del préstamo por parte de la entidad de intermediación financiera a favor del asegurado (prestatario) y finalizando en el momento de la extinción de la operación de préstamo. Esta vigencia se interrumpirá en caso de incumplimiento de pago de la prima correspondiente, treinta días después de la fecha de vencimiento de pago.

Los reemplazos de la entidad aseguradora que se dieran durante el periodo de vigencia del préstamo no interrumpirán la vigencia de la cobertura individual.

CAPITAL ASEGURADO: El capital asegurado durante la vigencia de la póliza corresponderá, para la cobertura de fallecimiento o invalidez total y permanente de la póliza de seguro de desgravamen hipotecario, al valor del saldo insoluto de la deuda; y para las coberturas adicionales corresponderá al valor establecido en el presente certificado.

PRIMA: El monto de la prima de tarifa del seguro de desgravamen hipotecario se determinará aplicando la tasa neta al capital asegurado.

COBERTURAS:

COBERTURAS BÁSICAS (considerando las exclusiones de la póliza)

- Fallecimiento por cualquier causa.
- Invalidez total y permanente.

COBERTURAS ADICIONALES

- Gastos de sepelio.
- Capital adicional indemnizatorio.

PERMANENCIA EN EL SEGURO:

Fallecimiento: Hasta cumplir los 75 años y 364 días.	Invalidez total y permanente: Hasta cumplir los 70 años y 364 días.
---	--

CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

COBERTURA DEL SEGURO: El capital asegurado será pagado por la entidad aseguradora, cuando ocurra uno de los siguientes eventos:

- Fallecimiento: La muerte por cualquier causa del asegurado, si esta ocurriera durante la vigencia de la póliza y la causa no se encuentre expresamente excluida.
- Invalidez total y permanente: Cuando la situación física del asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente presenta una pérdida o disminución de su capacidad física y/o intelectual, igual o superior al 60% de su capacidad de trabajo, siempre que el grado de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO) o la entidad encargada de calificar (EEC) o por un médico calificador debidamente registrado en la APS.

EXCLUSIONES DE COBERTURA: La entidad aseguradora no cubrirá y estará eximida de toda responsabilidad, en caso de que el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado sobrevenga, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- a. Enfermedad preexistente que no fue comunicada por el asegurado a través del Formulario de solicitud de seguro y declaración de salud.
- b. Intervención directa o indirecta del asegurado en actos criminales, que le ocasionen el fallecimiento o invalidez total y permanente.
- c. Guerra internacional o civil (declarada o no), revolución, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad del Estado.
- d. Fisión, fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- e. Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso no declarada por el asegurado a través del Formulario de solicitud de seguro y declaración de salud, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.
- f. Suicidio causado dentro de los dos primeros años a partir del desembolso del préstamo.

OBLIGACIÓN DE DECLARAR DEL ASEGURADO: El asegurado está obligado a declarar objetiva y verazmente las afectaciones de salud que tiene y todo hecho y circunstancias que tengan importancia para la determinación del estado de riesgo, tal como lo conozca; a través del Formulario de declaración de salud proporcionado por la entidad aseguradora.

Si se extendió la póliza de seguro de desgravamen hipotecario sin exigir al asegurado las declaraciones escritas, se presume que la entidad aseguradora conocía el estado de riesgo, salvo que ésta pruebe dolo o mala fe del asegurado.

RETICENCIA O INEXACTITUD: La reticencia o inexactitud en las declaraciones del asegurado en el Formulario de declaración de salud hacen anulable el Certificado de Cobertura, siempre y cuando dicha reticencia o inexactitud suponga ocultación de antecedentes, de tal importancia que, de ser conocidos por la entidad aseguradora, ésta no habría otorgado la o las coberturas del contrato o de hacerlo, lo hubiera hecho en condiciones distintas. La entidad aseguradora deberá demostrar este aspecto al momento de alegar reticencia o inexactitud.

Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe por parte del asegurado hacen nula la cobertura individual, en tal caso el asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

Se presume la buena fe del asegurado, correspondiendo probar lo contrario a la entidad aseguradora.

La entidad aseguradora no puede alegar reticencia o inexactitud, en los siguientes casos:

- a. Si la reticencia o inexactitud no implica un mayor riesgo, tal que conocidos por la entidad aseguradora los hechos o estados de situación verdaderos, la misma admitiría el riesgo sin recargo alguno.
- b. Si la entidad aseguradora otorga cobertura al asegurado con el Certificado de Cobertura Individual sin exigir la Declaración de salud.
- c. Si el asegurado al momento de su Declaración de salud no conocía el estado del riesgo.
- d. Si la entidad aseguradora no pidió antes de la emisión del Certificado de Cobertura Individual, las aclaraciones en puntos manifiestamente vagos y/o imprecisos de las declaraciones.
- e. Si la entidad aseguradora por otros medios de manera previa a la aceptación del estado del riesgo tuvo conocimiento del verdadero estado del riesgo.
- f. Si la reticencia o inexactitud no tiene relación con la producción del siniestro o sus efectos.

INDISPUTABILIDAD: La validez de esta póliza y su cobertura no será discutida después de transcurridos los dos años desde el momento de la fecha de desembolso del préstamo y de la aceptación expresa o tácita de la entidad aseguradora.

Si dentro de los dos años desde la fecha de desembolso del préstamo, la entidad aseguradora no ha pretendido impugnar o anular dicha cobertura por reticencia o inexactitud en las declaraciones de salud del asegurado. La entidad aseguradora pasado dicho plazo, está impedida de pretender la impugnación o anulación.

Para efectos del cómputo del plazo mencionado precedentemente, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida de la cobertura individual, no obstante, la misma hubiera sido otorgada por más de una entidad aseguradora.

La falta de pago de primas por parte del asegurado libera a la entidad aseguradora a Indemnizar en caso de producido el evento.

SUICIDIO: La entidad aseguradora no se libera de pagar el siniestro correspondiente, en caso de producirse el suicidio del asegurado, después de dos años desde el desembolso del préstamo.

PRIMA Y REHABILITACIÓN: La prima de tarifa a ver pagada por el asegurado, resultara del producto de una tasa neta mensual aplicable al capital asegurado.

La prima es debida desde el momento de la celebración del contrato, pero no es exigible sino con la emisión del presente certificado de cobertura individual.

El pago de la prima deberá ser efectuado mensualmente por el asegurado a la entidad aseguradora, a través de la entidad de intermediación financiera, designada por la entidad aseguradora, en las mismas fechas del cronograma de amortización del préstamo, salvo que en el condicionado particular de la póliza se establezca una modalidad diferente. No incurre en mora el asegurado, si el lugar del pago o el domicilio de la entidad aseguradora o el lugar indicado en la póliza han sido cambiados sin su conocimiento.

El incumplimiento de pago de la prima treinta (30) días después de la fecha en que debió efectuarse, interrumpirá la vigencia de la cobertura individual del asegurado.

El asegurado o el tomador del seguro puede, en cualquier momento, rehabilitar la cobertura, con el pago de la(s) prima(s) atrasada(s) y los intereses devengados sin la necesidad de examen médico.

El abono de las primas de la entidad de intermediación financiera a la entidad aseguradora, en forma posterior a la fecha en que el asegurado pagó la prima, no significa mora o incumplimiento atribuible al asegurado, y cualquier contingencia o perjuicio que causen dichas situaciones al asegurado, serán de responsabilidad plena de la entidad de intermediación financiera.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO: El asegurado o beneficiario, en un plazo máximo de quince (15) días calendario de tener conocimiento del siniestro, deberá comunicar tal hecho a la entidad aseguradora, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

La entidad aseguradora debe pronunciarse sobre el derecho del asegurado o beneficiario dentro de los (30) días de recibida la información y evidencias del siniestro. Se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo de plazos.

El plazo de (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro con la solicitud de la entidad aseguradora al asegurado para que se implemente la información, y este plazo no vuelve correr hasta que el asegurado haya cumplido con tales requerimientos.

La solicitud de complementación por parte de la entidad aseguradora no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro del plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del asegurado y/o beneficiario, después de la entrega por parte del asegurado y/o beneficiario del último requerimiento de información.

El silencio de la entidad aseguradora, vencido el término para pronunciarse o vencida(s) la(s) solicitud(es) de complementación, importa la aceptación del reclamo.

a. Documentación para el pago de indemnización en caso de fallecimiento del asegurado

- Certificado de Defunción extendido por oficial de Registro Civil. Si el asegurado hubiera fallecido fuera del país, el indicado certificado deberá llevar las legalizaciones correspondientes del Consulado boliviano del país donde hubiera ocurrido el hecho o el consulado boliviano más accesible, y el de la autoridad competente en territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.
En caso de que la obtención del Certificado de Defunción fuera dificultosa por ausencia de oficinas de Registro Civil en la jurisdicción municipal del domicilio del asegurado siniestrado o en la jurisdicción municipal colindante del municipio donde vive el asegurado siniestrado, podrá ser aceptada una certificación extendida por la autoridad comunitaria competente del lugar de ocurrencia del siniestro, con la participación de dos personas en calidad de testigos.
- Documento de identificación del asegurado.
- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.
- Documento de preliquidación del préstamo emitido por el tomador.

b. Documentación para el pago de la indemnización en caso de invalidez total y permanente

- Declaración médica de invalidez, emitida por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO), por la Entidad Encargada de Calificación (EEC) o por el médico calificador registrado en la APS.
- Documento de identificación del asegurado.
- Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.
- Documento de preliquidación del préstamo emitido por el tomador.

PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN: El asegurado o el beneficiario pierde el derecho a la indemnización o pago de prestaciones convenidas, cuando:

- a. Provoque dolosamente el siniestro;
- b. Oculte o altere, maliciosamente, en la verificación del siniestro, los hechos y circunstancias relación al aviso del siniestro y la documentación requerida por la entidad aseguradora.
- c. Recurra a pruebas falsas con el ánimo de obtener un beneficio ilícito.

CONTROVERSIAS: Las controversias de hecho sobre las características técnicas del seguro, serán resueltas a través del peritaje, de acuerdo a lo establecido en la Póliza de Seguro y el presente certificado. Si por esta vía no se llegara a un acuerdo sobre dichas controversias, estas deberán definirse por la vía del arbitraje.

Las partes, de común acuerdo, podrán nombrar un perito único; si no hubiera acuerdo, cada parte nombrar a el suyo y un tercero dirimido. Este último será designado por el Juez, si las partes no acuerdan su nombramiento.

Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de seguro serán resueltas únicamente por la vía del arbitraje de acuerdo a lo previsto en la Ley N.º 708 de 25 de junio de 2015.

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación, para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV 100.000,00.- (Cien Mil 00/ 100 Unidades de Fomento a la Vivienda). Si por esta vía y considerando dicha cuantía, no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá conocer y volver la controversia por resolución Administrativa debidamente motivada.

Gestión financiera 05

5.1 Cobranza

5.2 Contabilidad

5.3 Reaseguro

5.4 Reservas de riesgo en curso

5.5 Inversiones

5.1 Cobranza

Para el seguro colectivo de desgravamen hipotecario, la entidad aseguradora se relaciona exclusivamente con la entidad de intermediación financiera, lo que implica la ausencia de un proceso de cobranza directo de la prima.

Es obligación de la entidad de intermediación financiera en su condición de tomador del seguro de desgravamen hipotecario, realizar el pago de la prima correspondiente a la entidad aseguradora en los términos y condiciones establecidos en la póliza del seguro. El abono de las primas de la entidad de intermediación financiera a la entidad aseguradora, en forma posterior a la fecha en que el asegurado pago la prima, no significará incumplimiento atribuible al asegurado y cualquier contingencia o perjuicio que causen dichas situaciones al Asegurado, será responsabilidad plena de la entidad de intermediación financiera.²²

La entidad aseguradora no podrá cobrar bajo ningún concepto de sumas adicionales, salvo el servicio de cobranza de la prima de acuerdo al tarifario de la entidad de intermediación financiera que preste dicho servicio.²³

²² Resolución administrativa 687/2016, Artículo 9.

²³ Resolución administrativa 687/2016, Artículo 10.

5.1.1 Generación de la prima y comunicación al cliente

El monto de la prima del seguro de desgravamen hipotecario es calculado en la multiplicación del saldo pendiente con la tasa. La entidad financiera comunica al asegurado que el costo del seguro forma parte de su plan de pagos.

5.1.2 Incorporación de la prima en el pago del crédito

La prima del seguro se agrega automáticamente al plan de pagos del crédito hipotecario. Esto facilita que la entidad financiera reciba el pago junto con la cuota del préstamo, garantizando que la póliza esté vigente mientras el préstamo esté activo.

5.1.3 Verificación de pagos y control de cobranza

Cada mes, el banco o la entidad financiera verifica los pagos recibidos y asegura que la prima del seguro haya sido recaudada. En caso de que el cliente esté al día con sus cuotas, se considera que también ha cubierto el costo del seguro. La aseguradora o el banco mantienen un control para asegurarse de que todas las primas sean efectivamente cobradas y aplicadas.

5.1.4 Gestión de morosidad en pagos

Si el deudor no realiza el pago de su cuota hipotecaria, la entidad financiera considera que la prima del seguro también está impaga. En este caso, se envían recordatorios y avisos al cliente sobre la necesidad de regularizar el pago para no comprometer su seguro de desgravamen. Este seguro es crucial, ya que, en caso de fallecimiento o invalidez del titular del crédito, la póliza cubre el saldo pendiente del préstamo, evitando que la deuda recaiga en los herederos.

5.1.5 Regularización y reactivación de la cobertura

En algunos casos, si el cliente se pone al día con los pagos, es posible reactivar la cobertura. La reactivación depende de las condiciones establecidas en el contrato y puede requerir el pago de primas adicionales o intereses por la deuda acumulada.

5.2 Contabilidad

La contabilización de estas pólizas incluye la gestión de primas, reservas técnicas y reaseguros, aspectos que son esenciales para cumplir con la normativa y preservar la solvencia del contrato asegurador.

5.2.1 Asiento contable desgravamen hipotecario individual

Este asiento contable refleja el registro inicial de una prima por cobrar y su distribución en montos correspondientes a primas de riesgo, reaseguros cedidos y aportes obligatorios, tales como el aporte mensual a la APS y el aporte trimestral al Fondo de Protección del

Asegurado (FPA). Incluye el registro de los capitales asegurados (deudores y acreedores) y la constitución de la reserva de riesgo en curso (RRC).

Tabla 6
Asiento contable desgravamen hipotecario individual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR	0000,00	
4.01.011.93.49	4.01.011.93.49.01.02	PRIMA TÉCNICA CON REASEGURO		0000,00
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.49	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES		0000,00
4.01.041.93.49	4.01.041.93.49.01	PRIMAS ADICIONALES		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	0000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		0000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.49	APORTE MENSUAL APS	0000,00	
5.21.031.01.01	5.21.031.01.02.49	APORTE TRIMESTRAL FPA	0000,00	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.49	APORTE MENSUAL APS		0000,00
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0000,00
5.08.011.93.49	5.08.011.93.49.01	CONSTITUCIÓN RRC DGH M.N.	0000,00	
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

Asiento contable: cobro de prima

Este asiento contable complementa el anterior al registrar el cobro de la prima pendiente, transfiriendo el monto desde la cuenta de “Disponible caja” al “Haber” para reflejar el ingreso efectivo de las primas. De esta forma, se cancela el saldo en la cuenta de primas por cobrar, cerrando el ciclo de la transacción.

Tabla 7
Asiento contable primas por cobrar

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR		0000,00
1.01.011.01.01	1.01.011.01.01.49	DISPONIBLE CAJA	0000,00	
			0000,00	0000,00

Asiento contable reaseguro

Este asiento contable registra el monto correspondiente al reaseguro cedido a compañías nacionales, reflejando la transferencia de riesgo. Se registra en el debe la cuenta “Reaseguro cedido a compañías nacionales” y en el haber la cuenta “Primas cedidas en reaseguro nacional”.

Tabla 8
Asiento contable reaseguro

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.49	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES	0000,00	
5.06.011.93.49		PRIMAS CEDIDAS EN REASEGURO NACIONAL		0000,00
			0000,00	0000,00

Asiento contable liberación RRC por periodo (mensual)

Registra la liberación de la reserva de riesgo en curso (RRC) al final de cada periodo, ajustando el saldo de la cuenta correspondiente y reflejando el monto liberado.

Tabla 9
Asiento contable liberación de RRC mensual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.	0000,00	
4.08.011.93.49	4.08.011.93.49.01	LIBERACIÓN RRC DGH M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

Asiento contable finalización de cobertura mensual

Este asiento registra el ajuste de los saldos de capitales asegurados, tanto deudores como acreedores, reflejando el cierre de una cobertura al final de cada mes.

Tabla 10
Asiento contable finalización de cobertura mensual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.2 Asiento contable desgravamen hipotecario con codeudores

Registra una prima por cobrar asociada a un seguro de desgravamen hipotecario con codeudores, ajustando cuentas de reaseguro cedido, primas adicionales, capitales asegurados y constitución de RRC, junto con los aportes mensuales y trimestrales de APS y FPA.

Tabla 11
Asiento contable desgravamen hipotecario codeudores

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR	0000,00	
4.01.011.93.49	4.01.011.93.49.01	PRIMA TÉCNICA		0000,00
4.01.041.93.49	4.01.041.93.49.01	PRIMAS ADICIONALES		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	0000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		0000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.49	APORTE MENSUAL APS	0000,00	
5.21.031.01.01	5.21.031.01.02.49	APORTE TRIMESTRAL FPA	0000,00	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.49	APORTE MENSUAL APS		0000,00
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0000,00
5.08.011.93.49	5.08.011.93.49.01	CONSTITUCIÓN RRC DGH M.N.	0000,00	
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

Asiento contable para el cobro de primas por cobrar

Este asiento contable complementa el anterior al registrar el cobro de la prima por cobrar, transfiriendo el monto correspondiente desde la cuenta de "Disponible caja" al "Haber", para reflejar el ingreso efectivo de las primas. Esto completa el ciclo de la transacción, dejando el saldo de la prima por cobrar en cero tras el pago.

Tabla 12
Asiento contable primas por cobrar

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR		0000,00
1.01.011.01.01	1.01.011.01.01.49	DISPONIBLE CAJA	0000,00	
			0000,00	0000,00

Asiento contable liberación RRC por periodo (mensual)

Registra la liberación de la reserva de riesgo en curso (RRC) al final de cada periodo, ajustando el saldo de la cuenta correspondiente y reflejando el monto liberado en la contabilidad.

Tabla 13
Asiento contable liberación de RRC mensual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.	0000,00	
4.08.011.93.49	4.08.011.93.49.01	LIBERACIÓN RRC DGH M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

Asiento contable finalización de cobertura mensual

Registra la conclusión de una cobertura mensual, mediante el ajuste de las cuentas de capitales asegurados deudores y acreedores, reflejando el monto final en la contabilidad.

Tabla 14
Asiento contable finalización de cobertura mensual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.3 Reaseguro

El reaseguro es un mecanismo mediante el cual una aseguradora (conocida como cedente) transfiere parte de su riesgo a otra aseguradora (llamada reaseguradora). Este proceso permite a las aseguradoras gestionar su exposición al riesgo, aumentar su capacidad de suscripción y protegerse contra pérdidas significativas que puedan surgir de los siniestros. Al diversificar los riesgos entre múltiples entidades, el reaseguro contribuye a la estabilidad financiera del mercado asegurador en su conjunto.

El funcionamiento del reaseguro implica que la aseguradora paga una prima a la reaseguradora a cambio de cobertura sobre una parte de sus riesgos. En caso de producirse un siniestro, la reaseguradora asume la responsabilidad de indemnizar a la aseguradora cedente según los términos del contrato de reaseguro. Existen diferentes tipos de reaseguro, como el reaseguro proporcional, en el que se comparte una proporción del riesgo y las primas, y el reaseguro no proporcional, modalidad por la que la reaseguradora solo paga por pérdidas que superan un límite específico (para mayor información, véase el apartado “Reaseguro”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

5.3.1 Asiento contable con reaseguro

Tabla 15
Asiento contable desgravamen hipotecario con reaseguro

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR	0000,00	
4.01.011.93.49	4.01.011.93.49.01.02	PRIMA TÉCNICA CON REASEGURO		0000,00
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.49	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES		0000,00
4.01.041.93.49	4.01.041.93.49.01	PRIMAS ADICIONALES		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	0000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		0000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.49	APORTE MENSUAL APS	0000,00	
5.21.031.01.01	5.21.031.01.02.49	APORTE TRIMESTRAL FPA	0000,00	

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.49	APORTE MENSUAL APS		0000,00
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0000,00
5.08.011.93.49	5.08.011.93.49.01	CONSTITUCIÓN RRC DGH M.N.	0000,00	
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

Asiento contable: cobro de prima

Tabla 16
Asiento contable primas por cobrar

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR		0000,00
1.01.011.01.01	1.01.011.01.01.49	DISPONIBLE CAJA	0000,00	
			0000,00	0000,00

Asiento contable liberación RRC por periodo (mensual)

Registra las transacciones relacionadas con el reaseguro, ajustando las cuentas de reaseguro cedido a compañías nacionales y las primas cedidas en reaseguro nacional.

Tabla 17
Asiento contable con reaseguro

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.49	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES	0000,00	
5.06.011.93.49		PRIMAS CEDIDAS EN REASEGURO NACIONAL		0000,00
			0000,00	0000,00

Liberación RRC por periodo (mensual)

Tabla 18
Liberación RRC por periodo (mensual)

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.		0000,00
4.08.011.93.49	4.08.011.93.49.01	LIBERACIÓN RRC DGH M.N.	0000,00	
			0000,00	0000,00

Por fin de cobertura mensual

Tabla 19
Por fin de cobertura mensual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.4 Reservas de riesgo en curso

Los seguros colectivos de desgravamen hipotecario son seguros renovables anualmente, sujetos a la sustitución de reservas para riesgos en curso. Además de ello, los ajustes trimestrales de la prima anual se constituyen en base a la prima anual, debiendo ser tomados en cuenta para ajustar las correspondientes reservas técnicas.²⁴

5.4.1 Coberturas mensuales

Estas pólizas cuentan con una vigencia de un mes. La reserva para riesgos en curso será constituida por el 100% de la prima mensual neta del reaseguro.

Ecuación 11 Reserva de riesgo en curso cobertura mensual

$$RRC = PNR$$

Donde:

RRC: Reserva de riesgo en curso

PNR: Prima neta del reaseguro

5.5 Inversiones

La gestión de inversiones en seguros de personas es un procedimiento genérico que no se desarrolla de manera específica para cada ramo de seguros. Este proceso se enfoca en maximizar la rentabilidad, asegurar la liquidez y garantizar la seguridad de los fondos administrados. Las inversiones se realizan a partir de las reservas técnicas, el margen de solvencia y las retenciones a reaseguradores, siempre bajo la supervisión de la autoridad reguladora (para mayor información, véase el apartado “Inversiones”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

²⁴ Resolución administrativa 381/1999, Art. 2-5.

Siniestro 06

6.1 Atención e indemnización de siniestro

6.2 Requisitos para el pago de la indemnización

6.3 Cálculo de reservas para siniestros

6.1 Atención e indemnización de siniestro

6.1.1 Definición de siniestro

Un siniestro ocurre cuando se materializa el riesgo cubierto por la póliza de seguro, generando la obligación de la entidad aseguradora de indemnizar o pagar la prestación acordada.

El siniestro se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario.

Fecha del siniestro:

- **Fallecimiento:** Se considera que el siniestro se ha producido en la fecha en que ocurrió el fallecimiento.
- **Invalidez total y permanente:** Se reconoce que el siniestro se ha producido en la fecha determinada en el dictamen médico oficial que califique la invalidez.

6.1.2 Prueba del siniestro

Fallecimiento:

El beneficiario debe presentar pruebas que demuestren la ocurrencia del fallecimiento.

Invalidez total y permanente:

El asegurado o beneficiario debe proporcionar pruebas documentales y médicas que certifiquen la invalidez total y permanente.

Excepción a la presunción de caso fortuito:

La entidad aseguradora debe probar hechos y circunstancias que pudieran liberarla de responsabilidad en todo o en parte.

6.1.3 Aviso de siniestro

Plazo para avisar:

Según el Código de Comercio se dispone de tres días de aviso de siniestro, pero este plazo no se aplica si se señala otro diferente en seguros específicos de este título. Los términos pueden ampliarse mediante cláusula del contrato, pero no reducirse.

El asegurado o beneficiario debe comunicar el siniestro a la entidad aseguradora en un plazo máximo de 15 días calendario desde que tenga conocimiento del siniestro, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.²⁵

Invocación de omisión:

No se puede alegar retardación u omisión del aviso si la entidad aseguradora ha intervenido en la comprobación del siniestro dentro del plazo.

Liberación por omisión:

La entidad aseguradora puede liberarse de sus obligaciones si se prueba que la omisión del aviso impidió la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro.

6.1.4 Requerimientos y límites a la información

La entidad aseguradora tiene derecho a exigir toda la información necesaria para determinar la causa, identidad de las personas involucradas, hechos y circunstancias del siniestro. Estos requisitos deben estar en base a lo que indica la póliza.

Límites a la información:

Las exigencias deben ser razonables y estar directamente relacionadas con la ocurrencia del siniestro.

²⁵ Código de Comercio, Art. 1028.

No se puede condicionar la indemnización a una sentencia pasada en autoridad de cosa juzgada.

6.1.5 Plazo para pronunciarse

La entidad aseguradora debe emitir una decisión sobre el derecho del asegurado o beneficiario dentro de 30 días a partir de la recepción completa de la información y evidencias del siniestro.

Silencio:

Si la entidad aseguradora no se pronuncia dentro del plazo o después de las solicitudes de complementación, se considera que el reclamo ha sido aceptado.

6.2 Requisitos para el pago de la indemnización

Es importante recalcar que los requisitos serán en base a lo que se tenga estipulado en la póliza, ya que deben ser de conocimiento del asegurado.

Fallecido

- **Certificado de defunción:** Emitido por el Oficial de Registro Civil. Si el fallecimiento ocurre en el extranjero, el certificado debe ser legalizado por el Consulado boliviano y por la autoridad competente en Bolivia.
- **Documento de identificación del asegurado.**
- **Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.**
- **Documento de preliquidación del préstamo:** Emitido por el tomador del seguro.

Invalidez total y permanente

- **Declaración médica de invalidez:** Emitida por el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO), la Entidad Encargada de Calificación (EEC), o por un médico calificador registrado en la APS.
- **Documento de identificación del asegurado.**
- **Formulario de declaración de siniestro o nota de denuncia del siniestro.**
- **Documento de preliquidación del préstamo:** Emitido por el tomador del seguro.

6.2.1 Pago de la indemnización

La entidad aseguradora debe pagar la indemnización dentro de los 15 días siguientes a la aceptación del derecho del asegurado o beneficiario.

Intereses por mora:

Si la entidad aseguradora incurre en mora, deberá pagar intereses sobre el capital no pagado. Los intereses se calcularán diariamente aplicando la tasa promedio ponderada del sistema financiero para préstamos en moneda nacional, publicada por el Banco Central de Bolivia.

6.2.2 Derechos no subrogables

La entidad aseguradora no puede subrogarse los derechos del asegurado o beneficiario contra terceros responsables del siniestro.

6.2.3 Pérdida del derecho a la indemnización

Causas de pérdida del derecho:

- **Provoqué dolosamente el siniestro:** Si el asegurado provoca intencionalmente el siniestro.
- **Oculté o alteré información:** Si el asegurado oculta o altera maliciosamente hechos o circunstancias relacionadas con el siniestro.
- **Utilización de pruebas falsas:** Si se presentan pruebas falsas para obtener un beneficio ilícito.

6.2.4 Prescripción

Los beneficios no reclamados prescriben en favor del Estado después de cinco años desde que el beneficiario conoce la existencia del beneficio.

Interrupción de la prescripción:

La prescripción se interrumpe por actos jurídicos establecidos por ley, como la presentación de una demanda o el reconocimiento del derecho por parte del asegurador.

6.2.5 Controversias

Controversias de hecho:

- Las controversias sobre las características técnicas del seguro se resolverán a través de peritaje. Si no se llega a un acuerdo, se resolverán por arbitraje.
- Las partes pueden nombrar un perito único o, si no hay acuerdo, cada parte puede nombrar su perito y un tercero dirimido será designado por el juez.

Controversias de derecho:

- Se resolverán por arbitraje según la Ley N.º 708 de 26 de junio de 2015. La APS puede intervenir en controversias de hasta UFV100.000,00 mediante conciliación o resolución administrativa.

6.2.6 Competencia

El juez competente para conocer acciones judiciales emergentes del contrato de seguro será el del domicilio real del asegurado.

6.2.7 Obligación de comunicar

Todas las comunicaciones entre las partes del contrato de seguro deben enviarse por escrito a la entidad aseguradora y al domicilio establecido por el asegurado o tomador del seguro.

6.2.8 Cómputo de plazos

Los plazos se computarán a partir del día siguiente al de ocurrido el hecho. Los plazos que coincidan con fines de semana o feriados se extenderán al siguiente día hábil.

6.3 Reservas técnicas para siniestros

La reserva para siniestros son un componente clave en la administración de los seguros de personas, ya que proporcionan la base financiera para que las aseguradoras puedan cumplir con sus obligaciones en caso de siniestros. Estas reservas, calculadas con rigor técnico y sustentadas en modelos actuariales, deben ser suficientes para cubrir tanto los siniestros reportados como aquellos que aún no han sido informados, conocidos en la industria como IBNR (por sus siglas en inglés: *Incurred But Not Reported*). Esta doble función de las reservas contribuye a mantener la estabilidad financiera de la entidad y asegura la continuidad del servicio para los asegurados, reforzando la confiabilidad de las pólizas emitidas.

El proceso de cálculo de estas reservas se aplica de forma estandarizada en todos los seguros de personas y considera factores como la frecuencia y severidad de los siniestros, junto con otros criterios actuariales específicos del ramo. Dicho proceso permite estimar el valor presente de las futuras obligaciones, brindando una cobertura efectiva ante imprevistos (para una descripción detallada sobre la metodología y requisitos regulatorios en el cálculo de estas reservas, véase el apartado “Siniestros”, en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Reportes y otros documentos 07

7.1 Reportes mensuales

7.1 Reportes mensuales

Se dispone que las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas remitan a la APS un reporte de manera mensual, hasta el 15 de cada mes.²⁶

Estas bases deben ser elaboradas de manera precisa y detallada, puesto que luego serán utilizadas para próximas referencias de estudio y estadística (la APS propone los formatos que se encuentran detallados en el apartado “Reporte mensuales”, en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

²⁶ Ejemplo 14: Formatos de envío a APS.

Aplicación 08

8.1 Cálculo de primas para asegurado individual

8.2 Asiento contable asegurado individual

8.3 Reserva de riesgo en curso para pólizas de desgravamen hipotecario con cobertura mensual

8.4 Cálculo prima caso codeudores

8.5 Asiento contable codeudores

8.6 Reserva de riesgo en curso pólizas de desgravamen hipotecario con cobertura mensual

8.1 Cálculo de primas para asegurado individual (único deudor)

Se requiere calcular la tasa de riesgo, la prima de riesgo, tasa neta, prima tarifa, tasa y la prima adicional; además de los costos asociados a las tasas que conforman la prima adicional para el prestatario X, el cual indica que realizará un préstamo de la entidad financiera por un valor de Bs. 70.000. La entidad aseguradora que ganó la licitación es W e indica que ellos están aplicando la tasa de riesgo del 0,035% para las coberturas de fallecimiento por cualquier causa e invalidez total y permanente.

8.1.1 Determinación de valores para las variables

Detalle	Variable	Valor %	Valor %	Valor entero
Tasa de riesgo APS	TR_{APS}		0,02%	0,0002
Tasa de riesgo entidad aseguradora	TR_{EA}		0,035%	0,00035
Tasa de regulación	$TREG$		1%	0,01
Fondo de protección al asegurado	FPA	2,5‰	0,25%	0,00025
Comisión de cobranza	CC		10%	0,1
Costos de adquisición	CA		15%	0,15
Gastos administrativos	GA		15%	0,15

Detalle	Variable	Valor %	Valor %	Valor entero
Utilidad	<i>UT</i>		10%	0,1
Valor asegurado	<i>VA</i>			70.000

8.1.2 Tasa de riesgo

Se debe calcular primero la tasa de riesgo puesto que ésta es la que nos ayudará a determinar las demás tasas y primas. Recuerde que se calcula seleccionando el mayor valor entre la tasa de riesgo que la APS indica y la tasa de riesgo que la entidad aseguradora propone.

$$TR = \text{MAX} (TR_{APS}; TR_{EA})$$

Máximo tasa de riesgo

$$TR = \text{MAX} (0,02\%; 0,035\%)$$

Reemplazando valores y determinando el máximo

$$TR = 0,035\%$$

Valor máximo determinado

Observe que para este ejemplo se utilizará la tasa de riesgo de la entidad aseguradora al ser la de mayor valor.

8.1.3 Tasa neta

$$TN = \frac{TR}{1-(CA+GA+UT+TREG+FPA+CC)}$$

Tasa neta

$$TN = \frac{0,035\%}{1-(15\%+15\%+10\%+1\%+0,25\%+10\%)}$$

Reemplazando valores

$$TN = \frac{0,035\%}{1-(51,25\%)}$$

Realizando operaciones

$$TN = \frac{0,035\%}{48,75\%}$$

Realizando operaciones

$$TN = 0,0718\%$$

Valor tasa neta

La tasa neta será determinada como cociente entre la tasa de riesgo y las demás tasas.

En este punto es preciso utilizar los valores identificados al inicio del ejercicio. Estos valores pueden ser determinados o actualizados por la APS mediante una resolución administrativa.

8.1.4 Prima de tarifa

Formula prima tarifa	$PT = TN * VA$
Reemplazando valores	$PT = 0,0718\% * 70.000$
Valor de la prima tarifa	$PT = 50,26$

La prima tarifa será la que llegue a pagarse mes a mes a la entidad aseguradora. Ésta depende directamente de la tasa neta y del valor asegurado.

Recuerde que el valor asegurado es el monto insoluto del crédito.

8.1.5 Prima de riesgo

Fórmula prima riesgo	$PR = TR * VA$
Reemplazando valores	$PR = 0,0350\% * 70.000$
Valor de la prima de riesgo	$PR = 24,50$

Recuerde que la prima de riesgo es el monto que va directamente a respaldar el riesgo asegurado, y que no contempla tasas adicionales.

8.1.6 Asignación de costos asociados

Se requiere conocer el monto económico que corresponde a la tasa de regulación, fondo de protección al asegurado, comisión de cobranza, costos de adquisición, gastos administrativos y la utilidad, es decir, qué monto de la prima adicional (PA) corresponde a TREG, FPA, CC, CA, GA, UT.

Variable	Valor	Fórmula	Datos	Costo
TREG	0,01	$mTREG=TREG * PT$	$mTREG=0,01 * 50,26$	0,50
FPA	0,00025	$mFPA=FPA * PT$	$mFPA=0,0025 * 50,26$	0,13
CC	0,1	$mCC=CC * PT$	$mCC=0,1 * 50,26$	5,03
CA	0,15	$mCA=CA * PT$	$mCA=0,15 * 50,26$	7,54
GA	0,15	$mGA=GA * PT$	$mGA=0,15 * 50,26$	7,54
UT	0,1	$mUT=UT * PT$	$mUT=0,1 * 50,26$	5,03
TOTAL (PA)				25,76

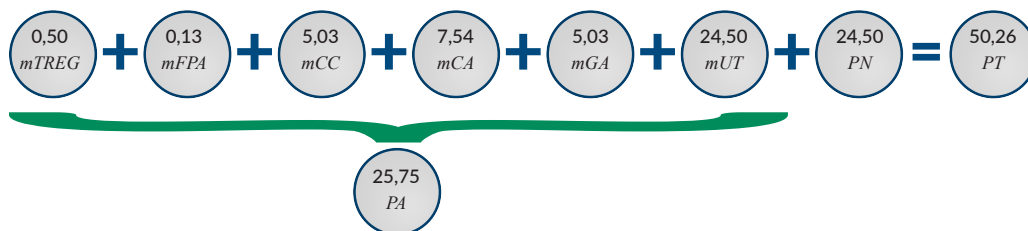
8.1.7 Prima adicional

La prima adicional está constituida por el total de la sumatoria de los costos asociados.

Datos	Total
$mTREG+mFPA+mCC+mCA+mGA+mUT$	= PA
0,50+0,13+5,03+7,54+7,54+5,03	= 25,76

8.1.8 Composición de la prima

Con las variables determinadas y ordenadas podemos definir la composición de la prima:



8.2 Asiento contable asegurado individual

8.2.1 Asiento contable desgravamen hipotecario individual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR	50,26	
4.01.011.93.49	4.01.011.93.49.01.02	PRIMA DE RIESGO CON REASEGURO		8,58
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.49	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES		15,93
4.01.041.93.49	4.01.041.93.49.01	PRIMAS ADICIONALES		25,76

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	70.000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		70.000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.49	APORTE MENSUAL APS	0,50	
5.21.031.01.01	5.21.031.01.02.49	APORTE TRIMESTRAL FPA	0,13	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.49	APORTE MENSUAL APS		0,50
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0,13
5.08.011.93.49	5.08.011.93.49.01	CONSTITUCIÓN RRC DGH M.N.	50,26	
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.		50,26
			70.101,15	70.101,15

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR		50,26
1.01.011.01.01	1.01.011.01.01.49	DISPONIBLE CAJA	50,26	
			50,26	50,26

8.2.2 Asiento contable reaseguro

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.49	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES	15,93	
5.06.011.93.49		PRIMAS CEDIDAS EN REASEGURO NACIONAL		15,93
			15,93	15,93

8.2.3 Asiento contable liberación RRC por periodo (mensual)

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.	50,26	
4.08.011.93.49	4.08.011.93.49.01	LIBERACIÓN RRC DGH M.N.		50,26
			50,26	50,26

8.2.4 Asiento contable finalización de cobertura mensual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		70.000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	70.000,00	
			70.000,00	70.000,00

8.3 Reserva de riesgo en curso para pólizas de desgravamen hipotecario con cobertura mensual

Variable	Valor	Referencia
<i>RRC</i>	50,26	Reserva de riesgo en curso
<i>PNR</i>	50,26	Prima neta del reaseguro en el mes t
<i>RRC=PNR</i>	La reserva es la misma que la prima	

8.4 Cálculo prima caso codeudores

Se requiere calcular la prima tarifa para un crédito bancario solicitado por dos prestatarios X y Z. Ellos indican que realizarán un préstamo de la entidad financiera por un valor de Bs. 70.000. La entidad aseguradora que ganó la licitación es W e indica que ellos están aplicando la tasa de riesgo del 0,035% para las coberturas de fallecimiento por cualquier causa e invalidez total y permanente.

8.4.1 Determinación de valores para las variables

En primera instancia, se recomienda identificar las variables y sus valores. Esto facilitará el cálculo de las fórmulas.

Detalle	Variable	Valor %	Valor %	Valor entero
Tasa de riesgo APS	TR_{APS}		0,02%	0,0002
Tasa de riesgo entidad aseguradora	TR_{Ea}		0,035%	0,00035
Cantidad de codeudores	n			2
Tasa de regulación	$TREG$		1%	0,01
Fondo de protección al asegurado	FPA	2,5‰	0,25%	0,00025
Comisión de cobranza	CC		10%	0,1
Costos de adquisición	CA		15%	0,15
Gastos administrativos	GA		15%	0,15
Utilidad	UT		10%	0,1
Valor asegurado	VA			70.000

8.4.2 Determinación del factor de descuento

Según el enunciado, tenemos como codeudores a X y a Z, por lo que el número de codeudores es igual a 2; es así como podemos determinar el factor de descuento.

$n = 2$

Cantidad de codeudores

$F_n=0,1; \text{ cuando } n=2$

Determinación del factor

8.4.3 Tasa de riesgo

$TR = MAX (TR_{APS}; TR_{EA})$

Máximo tasa de riesgo

$TR = MAX (0,02\%; 0,035\%)$

Reemplazando valores y determinando el máximo

$TR = 0,035\%$

Valor máximo determinado

Recuerde que se calcula determinando el mayor valor entre la tasa de riesgo que la APS indica y la tasa de riesgo que la entidad aseguradora propone.

8.4.4 Tasa de riesgo codeudores

Esta tasa, a diferencia de la individual, ya incluye el factor de cálculo para codeudores (es decir, para este ejemplo tenemos 2 codeudores).

$TRM = (TR * n) * (1 - F_n)$

Tasa de riesgo codeudores

$TRM = (0,035\% * 2) * (1 - 0,1)$

Reemplazando valores

$TRM = (0,070\%) * (0,9)$

Realizando operaciones

$TRM = 0,063\%$

Valor tasa de riesgo codeudores

8.4.5 Tasa neta

$$TN = \frac{TR}{1-(CA+GA+UT+TREG+FPA+CC)}$$

Tasa neta

$$TN = \frac{0,063\%}{1-(15\%+15\%+10\%+1\%+0,25\%+10\%)}$$

Reemplazando valores

$$TN = \frac{0,063\%}{1 - (51,25\%)}$$

Realizando operaciones

$$TN = \frac{0,035\%}{48,75\%}$$

Realizando operaciones

$$TN = 0,129\%$$

Valor tasa neta

La tasa neta será determinada como cociente entre la tasa de riesgo y las tasas adicionales.

En este punto recuerde utilizar los valores identificados al inicio del ejercicio; estos valores pueden ser determinados o actualizados por la APS mediante una resolución administrativa.

8.4.6 Prima de tarifa

$$PT = TN * VA$$

Fórmula prima tarifa

$$PT = 0,129\% * 70.000$$

Reemplazando valores

$$PT = 90,46$$

Valor de la prima tarifa

La prima de tarifa será la que mes a mes llegue a pagarse a la entidad aseguradora. Ésta depende directamente de la tasa neta y del valor asegurado.

Cabe recordar que el valor asegurado es el monto insoluto del crédito.

8.4.7 Prima de riesgo

$PT = TN * VA$

Fórmula prima riesgo

$PT = 0,063\% * 70.000$

Reemplazando valores

$PT = 44,10$

Valor de la prima de riesgo

Recuerde que la prima de riesgo es el monto que va directamente a respaldar el riesgo asegurado; ésta no contempla tasas adicionales.

8.4.8 Asignación de costos asociados

Si bien tenemos el valor económico asociado a la prima adicional, se requiere conocer el monto económico que corresponde a la tasa de regulación, fondo de protección al asegurado, comisión de cobranza, costos de adquisición, gastos administrativos y la utilidad, es decir, cuándo del monto de la prima asociada (PA) corresponde a TREG, FPA, CC, CA, GA, UT.

Variable	Valor %	Fórmula	Datos	Costo
TREG	0,01	$mTREG=TREG * PT$	$mTREG=0,01 * 90,46$	Costo
FPA	0,00025	$mFPA=FPA * PT$	$mFPA=0,0025 * 90,46$	0,90
CC	0,1	$mCC=CC * PT$	$mCC=0,1 * 90,46$	0,23
CA	0,15	$mCA=CA * PT$	$mCA=0,15 * 90,46$	9,05
GA	0,15	$mGA=GA * PT$	$mGA=0,15 * 90,46$	13,57
UT	0,1	$mUT=UT * PT$	$mUT=0,1 * 90,46$	13,57
				9,05
Total (PA)				46,36

8.4.9 Prima adicional

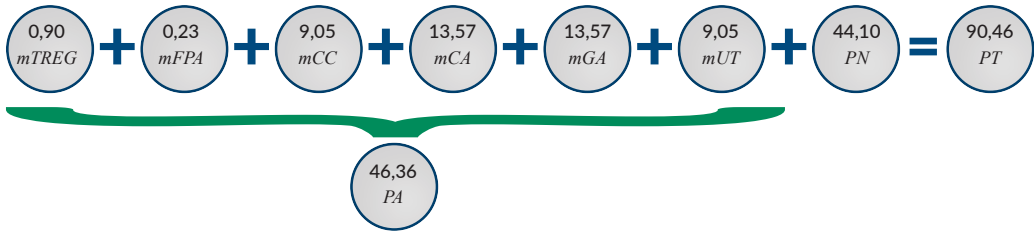
La prima adicional está constituida por la sumatoria de todos los costos adicionales.

Datos	Total
$mTREG+mFPA+mCC+mCA+mGA+mUT$	= PA
$0,90+0,23+9,05+13,57+13,27+9,05$	= 46,36

8.4.10 Composición de la prima

Una vez dispongamos de las variables determinadas y ordenadas, podemos definir la composición de la prima:

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO



8.5 Asiento contable codeudores

8.5.1 Asiento contable desgravamen hipotecario individual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR	90,46	
4.01.011.93.49	4.01.011.93.49.01.02	PRIMA DE RIESGO CON REASEGURO		15,44
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.49	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES		28,67
4.01.041.93.49	4.01.041.93.49.01	PRIMAS ADICIONALES		46,36
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	70.000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		70.000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.49	APORTE MENSUAL APS	0,90	
5.21.031.01.01	5.21.031.01.02.49	APORTE TRIMESTRAL FPA	0,23	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.49	APORTE MENSUAL APS		0,90
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0,23
5.08.011.93.49	5.08.011.93.49.01	CONSTITUCIÓN RRC DGH M.N.	90,46	
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.		90,46
			70.091,59	70.091,59

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.49	1.02.011.93.49.01	PRIMA POR COBRAR		50,26
1.01.011.01.01	1.01.011.01.01.49	DISPONIBLE CAJA	50,26	
			70.101,14	70.101,27

8.5.2 Asiento contable reaseguro

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.49	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES	15,93	
5.06.011.93.49		PRIMAS CEDIDAS EN REASEGURO NACIONAL		15,93
			15,93	15,93

8.5.3 Asiento contable liberación RRC por periodo (mensual)

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.49	2.04.011.93.49.01	SALDO RRC DGH M.N.	90,46	
4.08.011.93.49	4.08.011.93.49.01	LIBERACIÓN RRC DGH M.N.		90,46
			90,46	90,46

8.5.4 Asiento contable finalización de cobertura mensual

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.49	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		70.000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.49	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	70.000,00	
			70.000,00	70.000,00

8.6 Reserva de riesgo en curso pólizas de desgravamen hipotecario con cobertura mensual

Variable	Valor	Referencia
<i>RRC</i>	90,46	Reserva de riesgo en curso
<i>PNR</i>	90,46	Prima neta del reaseguro en el mes t
<i>RRC = PNR</i>	La reserva es la misma que la prima	

Base legal o normativa

09

Ley N.º 1883 de Seguros de Bolivia del 25 de junio de 1998

Esta ley y sus reglamentos tienen por objetivo regular la actividad aseguradora, reaseguradora, de intermediarios, auxiliares y entidades de prepago para que cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia, garantizando un mercado competitivo. Asimismo, determina los derechos y deberes de las entidades aseguradoras y establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

Resolución Administrativa APS N.º 31 - 1998: Reglamento de reservas para riesgo en curso del 30 de diciembre de 1998

Las entidades aseguradoras que operen en seguros generales, fianzas y personas a corto plazo, constituirán la reserva para riesgo en curso correspondiente a la parte no devengada de las primas netas de reaseguro, de forma mensual de acuerdo con los lineamientos establecidos en el presente reglamento.

Resolución administrativa APS N.º 381 - 1999: Reglamento de desgravamen hipotecario del 09 de diciembre de 1999

Se aprueba el Reglamento de desgravamen hipotecario aplicado a las entidades aseguradoras de seguros de personas, sujetas a la fiscalización de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS).

Resolución administrativa APS N.º 172 - 2001: Reglamento de seguros colectivos del 16 de abril de 2001

Deja sin efecto la Resolución Administrativa N.º 257 de 19 de junio de 2000 que aprueba el Reglamento de Seguros Colectivos, Aprueba el Reglamento de Seguros Colectivos que forma parte inseparable de la presente Resolución; Las disposiciones contenidas en el presente reglamento se aplican a las Entidades Aseguradoras, sujetas a la fiscalización de la SPVS.

Circular ASFI 499 - 2005: Reglamento de tasas de interés 3 de junio de 2005

El superintendente de bancos y entidades financieras, con las atribuciones conferidas por la ley N.º 1488 de 14 de abril de 1993, aprueba y pone en vigencia las modificaciones al reglamento de tasas de interés, para aplicación y cumplimiento por las entidades de intermediación financiera.

Resolución Administrativa APS N.º 210 - 2013: Se incluye en la Resolución administrativa 381 - 1999 Constitución de reservas para siniestros ocurridos y no reportados del 15 de marzo de 2013

Se modifica el 3er párrafo del artículo 3 (coberturas inferiores a un año) del Reglamento de desgravamen hipotecario aprobado mediante Resolución administrativa IS N.º 381 de 9 de diciembre de 1999. Se deberá constituir reservas para siniestros ocurridos y no reportados sobre el cien por ciento (100%).

Ley N.º 365 de seguros de fianzas para entidades y empresas públicas y fondo de protección al asegurado, de 23 de abril de 2013

Disposiciones Finales; en todo texto de la Ley N.º 1883 de 25 de junio de 1998, Ley de Seguros, donde indica "Superintendencia de Pensiones Valores y Seguros", se modifica por "Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros". De igual forma, se modifica la sigla "SPVS" por "APS".

Resolución Administrativa APS N.º 91 - 2015: Se dispone la remisión de bases de datos de reservas técnicas y siniestros pagados del 30 de enero de 2015

Se dispone a las entidades aseguradoras de Seguros Generales y Seguros de Personas remitan a la APS, de manera mensual, hasta el 15 de cada mes, las bases de datos de las cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) referentes a reservas técnicas y siniestros.

Resolución Administrativa APS N.º 374 - 2015, de 8 de abril de 2015

Modifica la Resolución administrativa APS N.º 91/2015, estableciendo que las entidades aseguradoras que administran seguros de personas podrán reportar en blanco el campo "Nombre del beneficiario" en las bases de datos de los anexos I, II, III, IV, V; además de ser reportados en medio magnético en los plazos establecidos.

Resolución Administrativa APS N.º 687-2016: Aprueba el Reglamento de seguro de desgravamen del 31 de mayo de 2016

Se deja sin efecto las resoluciones administrativas IS N.º 381 de 9 de diciembre de 1999; IS N.º 194 de 19 de septiembre de 2002 y cualquier otra contraria a esta disposición.

Se aprueba el reglamento de seguro de desgravamen hipotecario, así como el texto único y uniforme de la póliza de seguro de desgravamen hipotecario que será de aplicación obligatoria para toda entidad aseguradora que opera en la modalidad de seguros de personas, que tenga interés en participar en procesos de licitación pública efectuados obligatoriamente por entidades de intermediación financiera.

Circular APS 76-2016: Complementación operativa seguro de desgravamen hipotecario del 8 de junio 2016

Complementa la Resolución administrativa APS/DS/N.º 687/2016. Se establece la tasa de riesgo para las coberturas básicas de fallecimiento e invalidez total y permanente, en el valor de 0,02%, que aplicará al saldo insoluto de la deuda definido en el art. 2 de la citada norma.

Resolución Administrativa APS N.º 755 - 2016 Modifica plazos del reglamento del seguro de desgravamen hipotecario del 08 de junio de 2016

Se modifican los artículos tercero y quinto de la Resolución administrativa APS/DS/N.º 687 - 2016 31/05/2016.

Circular ASFI N.º 403 - 2016: Modificaciones al Reglamento para entidades de intermediación financiera que actúan como tomadores de seguros colectivos del 5 de agosto de 2016

Reglamento para entidades de intermediación financiera que actúan como tomadores de seguros colectivos, donde se incorporan y adecuan las definiciones con base en el reglamento de Seguro de desgravamen hipotecario emitido por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS).

Resolución ASFI N.º 618 - 2016: Reglamento para entidades de intermediación financiera que actúan como tomadores de seguros colectivos del 5 de agosto de 2016

Aprueba y pone en vigencia las modificaciones al Reglamento para entidades de intermediación financiera que actúan como tomadores de seguros colectivos, así como sus anexos, contenidos en el capítulo III, título VII, libro 2º de la recopilación de Normas para Servicios Financieros, de acuerdo al texto que en anexo forma parte de la referida resolución.

Circular ASFI N.º 421 - 2016: Modificaciones al Reglamento para entidades de intermediación financiera que actúan como tomadores de seguros colectivos del 26 de septiembre de 2016

Este reglamento incorpora y adecúa las definiciones con base en el Reglamento del seguro de desgravamen hipotecario emitido por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensio-

nes y Seguros (APS), así también como ejemplos del proceso de licitación para obtención de carteras de clientes.

Resolución administrativa APS N.º 1394 - 2016: Modificación al Reglamento del seguro de desgravamen hipotecario del 28 de septiembre de 2016

Modifica los artículos tercero y quinto de la resolución administrativa APS/DS/N.º 687 - 2016 31/05/2016. Así mismo, modifica aspectos de la nota técnica contenida en el Anexo 4 de la Resolución administrativa APS/DS/N.º 687 - 2016 31/05/2016, que permitirán al mercado asegurador aplicar adecuadamente el contenido de la misma. Se modifica el Art. 9 de la Resolución administrativa APS/DS/N.º 687 - 2016 31/05/2016 incorporando un segundo párrafo mencionando las amortizaciones de crédito y el pago anticipado de prima.

Resolución administrativa APS N.º 1435 - 2016: Complementación y enmienda de la Resolución administrativa APS N.º 1394-2016 del 4 de octubre de 2016

Se complementa y enmienda la nota técnica- Anexo 4 de la Resolución administrativa N.º 687 de 31 de mayo de 2016, modificada mediante la Resolución administrativa APS/DS/N.º 1394/2016, de 28 de septiembre de 2016 con la tasa de riesgo para seguro de desgravamen hipotecario de préstamo que incluye codeudores.

Circular APS 29 - 2017: Cumplimiento remisión de bases de datos de reservas técnicas y reservas de siniestros pagados según Resolución administrativa APS N.º 91-2015 y APS 374 - 2015 del 20 de febrero de 2017

Se instruye dar estricto cumplimiento con lo establecido en la Resolución administrativa APS/DJ/DS N.º 91-2015 y APS 374 - 2015, identificando los archivos según se describe en la referida circular y la presentación de las bases de datos para los siete anexos del Plan Único de Cuentas (PUC).

Circular APS 125 - 2018: Envío electrónico del dictamen de declaración médica de invalidez para la cobertura de invalidez total y permanente del Seguro de desgravamen hipotecario de automotores y vivienda aprobado mediante Resolución administrativa APS N.º 687/2016 de fecha 31 de mayo de 2016 del 3 de agosto de 2018

Se establece el medio físico para la autorización del envío de copia electrónica del dictamen de declaración de invalidez a la compañía de seguros, de cualquier asegurado o beneficiario de la póliza de desgravamen hipotecario de vivienda y automotores.

Resolución administrativa APS N.º 450 - 2023

Modifica el Art. 10 del Reglamento de seguros de desgravamen hipotecario. Aprueba el contenido de la nota técnica y agrega nuevos formularios a presentar a la APS.

Resolución administrativa APS/DJ/DS/UNE/N.º 963/2023 del 3 de julio del 2023: Revoa totalmente la Resolución administrativa APS/DJDS/UNE/N.º 450/2023 de 24 de

abril de 2023, aclarada y complementada mediante la Resolución administrativa APS/DJ/DS/UNE/N.º 731 de 25 de mayo de 2023

Se revoca totalmente la Resolución administrativa APS/DJDS/UNE/N.º 450/2023 de 24 de abril de 2023, aclarada y complementada mediante la Resolución Administrativa APS/DJ/DS/UNE/N.º 731 de 25 de mayo de 2023. Suprimir los límites máximos de comisiones establecidas en el Anexo 4 de la nota técnica de la Resolución administrativa N.º 687/2016 de fecha 31 de mayo de 2016 y sus modificaciones, así como toda disposición contraria a la presente Resolución Administrativa

Ley N.º 393 Ley de Servicios Financieros (actualizada) del 21 de agosto de 2019

La presente ley tiene por objeto regular las actividades de intermediación financiera y la prestación de los servicios financieros, así como la organización y funcionamiento de las entidades financieras y prestadoras de servicios financieros; la protección del consumidor financiero; y la participación del estado como rector del sistema financiero, velando por la universalidad de los servicios financieros y orientando su funcionamiento en apoyo de las políticas de desarrollo económico y social del país.

Así mismo, todo seguro colectivo a ser tomado por las entidades de intermediación financiera por cuenta de clientes, deberá realizarse a través de licitación pública, de acuerdo con pólizas uniformes establecidas conforme la normativa emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros. Las entidades de intermediación financiera no podrán cobrar bajo ningún concepto sumas adicionales a la prima establecida por la entidad aseguradora que obtenga la licitación.

ACCIDENTES PERSONALES

Aplicación de la normativa
para seguros contra accidentes
personales de manera individual y grupal



Índice

1.	Introducción	113
1.1	Antecedentes.....	113
1.2	Objetivo.....	113
1.3	Alcance.....	114
2.	Gestión integral del producto	115
2.1	Elaboración de la nota técnica	115
2.2	Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios.....	116
3.	Cotización	117
3.1	Coberturas.....	117
3.1.1	Coberturas seguro de accidentes personales individual	118
3.1.2	Coberturas seguro de accidentes personales en grupo	119
3.2	Estructura de la prima	119
3.2.1	Tasa de riesgo	120
3.2.2	Prima de riesgo.....	120
3.2.3	Prima técnica	121
3.2.4	Prima tarifa	121
3.2.5	Prima total	122
3.2.6	Prima adicional	123
3.2.7	Composición de la prima.....	123
3.2.8	Prima grupal.....	124
3.3	Documento <i>Slip</i> de cotización	124
3.3.1	Encabezado del documento	125
3.3.2	Ramo de seguro	125
3.3.3	Contratante	125
3.3.4	Asegurados.....	125
3.3.5	Beneficiarios.....	125
3.3.6	Límites de edad	125
3.3.7	Vigencia del seguro	126
3.3.8	Grupos, capitales asegurados y primas	126
3.3.9	Beneficios adicionales.....	126
3.3.10	Sistema de atención en caso de accidente	126

4.	Suscripción y emisión	127
4.1	Evaluación del riesgo	127
4.1.1	Muerte accidental (individual y grupo)	128
4.1.2	Invalidez total y permanente por accidente (individual)	128
4.1.3	Desmembramiento por accidente (individual)	129
4.1.4	Gastos médicos por accidente (individual y grupo)	129
4.2	Póliza del seguro.....	129
4.2.1	Información general de la póliza.....	129
4.2.2	Según el número de personas cubiertas	130
4.2.3	Cobertura	130
4.2.4	Beneficiario	131
4.2.5	Límite de edad.....	132
4.2.6	Permanencia.....	133
4.3	Tomador.....	133
4.4	Certificado de cobertura individual.....	134
5.	Gestión financiera.....	135
5.1	Cobranza	135
5.2	Contabilidad	135
5.2.1	Producción nueva: seguro de accidentes personales	136
5.2.2	Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada).....	136
5.2.3	Reservas de riesgo en curso.....	137
5.2.4	Capitales asegurados a fin de vigencia.....	137
5.2.5	Reaseguro.....	137
5.2.6	Aplicación tributaria una vez facturado (aplica a venta en vigencia nueva, renovada y anexo).....	138
5.2.7	Liberación de reservas de riesgo en curso	138
5.2.8	Finalización de vigencia	138
5.3	Reaseguro	138
5.4	Reservas de riesgo en curso	139
5.5	Inversiones	139
6.	Siniestro	141
6.1	Atención e indemnización de siniestros	141
6.1.1	Recolección de documentos	142
6.1.2	Fallecimiento presunto	142
6.1.3	Decisión sobre el siniestro	143
6.1.4	Pago de la indemnización.....	143
6.1.5	Prescripción.....	143
6.2	Reservas técnicas para siniestros.....	143
7.	Reportes.....	145
7.1	Reportes mensuales.....	145

8.	Aplicación	147
8.1	Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado	147
8.2	Cálculo de la prima de riesgo	148
8.3	Prima técnica	148
8.4	Prima tarifa	149
8.5	Prima total	150
8.6	Prima adicional	150
8.7	Impuestos	151
8.8	Composición de la prima	151
8.9	Reserva de riesgo en curso cobertura anual	152
8.10	Reserva de riesgo en curso con cobertura mensual e inferior a un mes	153
8.11	Contabilidad	153
8.12	Rescisión de un seguro o baja de un asegurado método plazos cortos mensual	154
8.13	Rescisión de un seguro o baja de un asegurado método cálculo por días	156
8.14	Inclusión de asegurados método mensual	157
8.15	Inclusión de asegurados: método por día	158
9.	Base legal o normativa.....	161

Tablas

Tabla 1	Costos adicionales.....	121
Tabla 2	Impuestos.....	122
Tabla 3	Asiento contable producción nueva.....	136
Tabla 4	Asiento contable aplicación tributaria.....	136
Tabla 5	Asiento contable reserva riesgo en curso	137
Tabla 6	Asiento contable capitales asegurador	137
Tabla 7	Asiento contable reaseguro.....	137
Tabla 8	Asiento contable reaseguro.....	138
Tabla 9	Liberación de reservas de riesgo en curso.....	138
Tabla 10	Finalización de vigencia.....	138

Ecuaciones

Ecuación 1	Prima de riesgo	120
Ecuación 2	Prima técnica	121
Ecuación 3	Prima tarifa	122
Ecuación 4	Fórmula para impuestos	122
Ecuación 5	Prima total	123
Ecuación 6	Prima adicional	123
Ecuación 7	Prima total	123
Ecuación 8	Prima total grupal	124
Ecuación 9	Prima técnica	148

1.1 Antecedentes

1.2 Objetivo

1.3 Alcance

1.5 Glosario de términos

1.1 Antecedentes

El seguro de accidentes personales proporciona protección al asegurado frente a los riesgos derivados de eventos accidentales. Un evento accidental se define como cualquier suceso externo, violento, imprevisto y repentino que cause pérdida, lesión orgánica o perturbación funcional, siempre que dichos eventos no hayan sido provocados deliberadamente ni por culpa grave del asegurado, tomador o beneficiarios.

1.2 Objetivo

El objetivo de este documento es proporcionar una visión comprensiva y detallada de los seguros de accidentes personales, tanto en su modalidad individual como grupal. En este sentido, se abordarán los principios fundamentales de estos seguros, la protección que ofrecen y las regulaciones aplicables.

Este texto tiene como finalidad informar a los lectores sobre el funcionamiento de los seguros de accidentes personales, destacando su papel como herramienta eficaz en la planificación financiera y la protección personal. Se explicarán las características del seguro, las coberturas disponibles y el bienestar del asegurado frente a eventos accidentales.

1.3 Alcance

Este documento tiene como objetivo proporcionar un conocimiento detallado sobre los seguros de accidentes personales en sus modalidades individual y grupal. Se abordarán las normativas, resoluciones administrativas, leyes y reglamentos específicos que regulan la utilización y comercialización de estos seguros.

Se pretende ofrecer una comprensión de las disposiciones legales pertinentes que afectan tanto a los seguros individuales como grupales, describir los procesos administrativos involucrados en su gestión y aplicación, y presentar ejemplos prácticos que ilustren su implementación. El propósito es facilitar una correcta interpretación y cumplimiento de las regulaciones, asegurando así que las partes involucradas en la contratación y gestión de los mismos estén plenamente informadas y alineadas con los requisitos legales y técnicos aplicables.

Accidente	Suceso externo, súbito, imprevisto, fortuito, violento e involuntario que resulta en daño físico o perturbación funcional al asegurado, sin que éste sea causado intencionalmente.
Asegurado	Persona física cubierta por la póliza de seguro de accidentes personales, que recibe protección frente a eventos accidentales conforme a los términos del seguro.
Beneficiario	Persona designada en la póliza por el asegurado para recibir los beneficios financieros o compensaciones en caso de que ocurra un siniestro cubierto por el seguro.
Entidad aseguradora	Entidad aseguradora legalmente constituida en Bolivia que asume el riesgo y proporciona cobertura según los términos establecidos en la póliza.
Tomador	Persona física o jurídica que contrata el seguro. Es responsable de suscribir la póliza y de cumplir con el pago de las primas correspondientes. Aunque el tomador no siempre es el asegurado (la persona cubierta por la póliza), sí es quien establece el contrato con la compañía aseguradora y se encarga de gestionar cualquier aspecto relacionado con la póliza, como las modificaciones o la renovación.

Gestión integral del producto 02

2.1 Elaboración de la nota técnica

2.2 Registro de pólizas, anexos, cláusulas

2.1 Elaboración de la nota técnica

La nota técnica es un procedimiento estándar que se aplica a todos los seguros de personas y es un documento clave en el ámbito de los seguros que detalla la estructura financiera y actuarial de un producto de seguro. Su propósito es justificar las tarifas, beneficios y condiciones de una póliza, con fundamento en principios técnicos y matemáticos (para mayor información, véase el apartado “Elaboración de la nota técnica”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

En seguros de personas, la nota técnica suele incluir:

- **Descripción del producto:** Características generales de la póliza, como coberturas, exclusiones y duración del seguro.
- **Bases técnicas:** Supuestos sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, siniestralidad y comportamiento de los asegurados.
- **Cálculo de primas:** Metodología para determinar el monto de la prima, que incluye el costo puro de riesgo, gastos administrativos, margen de seguridad y rentabilidad (para el cálculo de la prima durante la elaboración de la nota técnica, véase apartado “Estructura de la prima”, en este documento).

- **Provisión de reservas técnicas:** Detalle de cómo se establecerán las reservas para garantizar el cumplimiento futuro de las obligaciones con los asegurados.
- **Revisión y ajustes:** Mecanismos para ajustar primas o beneficios según la experiencia de siniestralidad o cambios en los supuestos técnicos.

Este documento es evaluado por las autoridades regulatorias (como la APS en Bolivia) para asegurar que los productos ofrecidos por las aseguradoras sean viables y justos tanto para los asegurados como para las empresas aseguradoras.

2.2 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios

El registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios es un proceso general aplicable a todos los seguros de personas. Este procedimiento asegura que cada póliza, junto con sus anexos y cláusulas adicionales, cumpla con las normativas legales y regulatorias establecidas. Su correcta gestión garantiza transparencia y protección tanto para el asegurado como para la aseguradora.

En este registro se incluyen:

- **Pólizas:** El documento principal que formaliza el contrato entre el asegurado y la aseguradora, estableciendo las coberturas, primas, condiciones y exclusiones.
- **Anexos:** Modificaciones o adiciones a la póliza original que pueden alterar aspectos como coberturas o condiciones específicas.
- **Cláusulas:** Condiciones adicionales que ajustan o complementan los términos del seguro, ya sea limitando o ampliando las obligaciones y derechos de las partes involucradas.
- **Formularios:** Documentos estandarizados utilizados por las compañías aseguradoras para recabar, registrar o formalizar información relacionada con una póliza de seguros.

(Para mayor información, véase el apartado “Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Cotización 03

3.1 Portada

3.2 Condicionado general

3.3 Condicionado particular

3.4 Ramos dentro de accidentes personales

3.5 Cobertura

3.6 Beneficiario

3.7 Límite de edad

3.8 Permanencia

3.9 Tomador

3.10 Certificado individual de cobertura

3.1 Coberturas

Las coberturas de seguro de accidentes personales son beneficios específicos diseñados para proteger al asegurado frente a los riesgos derivados de eventos accidentales. Estas coberturas establecen el alcance de la protección ofrecida, proporcionando indemnizaciones y otros beneficios en situaciones como fallecimiento, incapacidad o invalidez, y gastos médicos resultantes de un accidente. Dependiendo de la póliza y la gravedad del siniestro, los pagos pueden ser realizados al asegurado o a sus beneficiarios. Además, los seguros suelen definir un límite de edad, que incluye una edad mínima y una edad máxima, estableciendo el rango en el cual una persona puede acceder o mantener la cobertura. Este límite está diseñado para gestionar el riesgo, ya que, a mayor edad, la probabilidad de siniestros aumenta. A continuación, se detallan las principales coberturas incluidas en el seguro de accidentes personales, tanto a nivel individual como en grupo, especificando los tipos de riesgos cubiertos y los beneficios asociados.

Es importante aclarar que cada aseguradora estructura sus pólizas de manera específica, por lo que la siguiente información se presenta únicamente a modo de ejemplo, debido a que cada aseguradora establecerá la edad según lo considere.

3.1.1 Coberturas seguro de accidentes personales individual

Muerte accidental: Esta cobertura garantiza el pago de una indemnización a los beneficiarios del asegurado en caso de fallecimiento debido a un accidente cubierto por la póliza. La indemnización se entrega a los herederos o personas designadas por el asegurado y está destinada a compensar los costos asociados al fallecimiento accidental.

Límite de edad de ingreso: 18 años (mínima), 60 años (máxima).

Límite de edad de permanencia: 65 años (máxima).

Incapacidad o invalidez por accidente: Mediante esta cobertura, la aseguradora se obliga a pagar una indemnización a los beneficiarios en caso de que el asegurado sufra un accidente que le cause una incapacidad total o parcial, ya sea de carácter transitorio o permanente.

Este tipo de indemnización se otorga, por lo general, mediante pagos periódicos en forma de renta, con el fin de compensar la pérdida de ingresos durante el periodo de incapacidad.

Límite de edad de ingreso: 18 años (mínima), 60 años (máxima).

Límite de edad de permanencia: 65 años (máxima).

Desmembramiento por accidente: Esta cobertura cubre los daños graves que resultan en la pérdida o amputación de una parte importante del cuerpo, como brazos, piernas, manos o pies, tras un accidente. El monto de la indemnización varía según el tipo y la gravedad del desmembramiento, con porcentajes específicos para cada parte afectada.

Límite de edad de ingreso: 18 años (mínima), 60 años (máxima).

Límite de edad de permanencia: 65 años (máxima).

Gastos médicos por accidente: Los gastos médicos por accidente cubren los costos relacionados con el tratamiento y atención médica derivados de un accidente cubierto por la póliza. Esto incluye consultas médicas, hospitalización, cirugías, medicamentos y tratamientos necesarios para la recuperación. Los límites de esta cobertura pueden variar, dependiendo de la póliza contratada.

Límite de edad de ingreso: 18 años (mínima), 60 años (máxima).

Límite de edad de permanencia: 65 años (máxima).

3.1.2 Coberturas seguro de accidentes personales en grupo

Muerte accidental: Al igual que en la póliza individual, esta cobertura proporciona una indemnización a los beneficiarios del asegurado en caso de su fallecimiento accidental. La diferencia en el seguro de grupo es que cubre a múltiples personas, ya sea en una empresa, organización o grupo, bajo las mismas condiciones. La indemnización se otorga a los herederos del asegurado.

Límite de edad de ingreso: 30 años (mínima), 40 años (máxima).

Límite de edad de permanencia: 42 años (máxima).

Gastos médicos por accidente: Esta cobertura cubre los gastos médicos derivados de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza. Se incluyen los costos de atención médica, hospitalización, medicamentos y otros servicios necesarios para la recuperación del asegurado. El seguro de grupo puede tener beneficios colectivos que permitan una mayor capacidad de cobertura para todos los asegurados en el grupo.

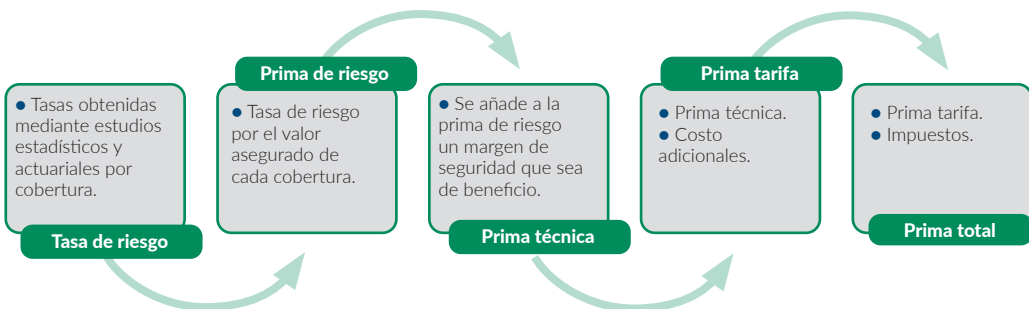
Límite de edad de ingreso: 30 años (mínima), 40 años (máxima).

Límite de edad de permanencia: 42 años (máxima).

3.2 Estructura de la prima

La estructura de la prima del seguro de accidentes personales se basa en un conjunto de coberturas diseñadas para mitigar los riesgos derivados de eventos accidentales, ofreciendo protección económica en situaciones de fallecimiento, invalidez, desmembramiento y gastos médicos. Cada cobertura establece tanto el alcance como los beneficios específicos que recibirán el asegurado o sus beneficiarios en caso de siniestro. Adicionalmente, las pólizas de estos seguros suelen definir un rango de edad, con límites de ingreso y permanencia, ajustados para gestionar el riesgo en función de la probabilidad de ocurrencia de siniestros.

Ilustración 1
Estructura de la prima



3.2.1 Tasa de riesgo

La tasa de riesgo (TR) es un valor actuarial que se obtiene al analizar dos factores clave: la frecuencia y la severidad de los siniestros.

- La **frecuencia** se refiere al número de siniestros que ocurren dentro de un periodo determinado, es decir, la probabilidad de que un evento asegurable ocurra. Una mayor frecuencia implica que los siniestros son más comunes, lo que incrementa el riesgo para la aseguradora.
- La **severidad**, por otro lado, mide el impacto financiero de un siniestro o el costo promedio de los reclamos asociados. La severidad refleja la magnitud del daño económico que cada siniestro genera. Una alta severidad implica que cada siniestro representa un costo elevado para la aseguradora.

La tasa de riesgo se calcula combinando ambos factores. Si una cartera de seguros tiene una alta frecuencia de siniestros, pero baja severidad, la tasa de riesgo será moderada, ya que, aunque los siniestros son frecuentes, el costo por evento es bajo. En cambio, si la frecuencia es baja pero la severidad es alta, la tasa de riesgo también aumentará, ya que los siniestros poco frecuentes pueden resultar en costos significativos.

Establecer una tasa de riesgo precisa es fundamental para las aseguradoras, ya que determina el precio de las primas que cobrarán a los asegurados. Una tasa de riesgo demasiado baja puede conducir a pérdidas si los siniestros ocurren más frecuentemente o con mayor severidad de lo previsto, mientras que una tasa demasiado alta puede hacer que las primas sean no competitivas y se pierdan clientes. Este valor será determinado por la oficina técnica correspondiente y puede variar según la cartera de seguros y las coberturas específicas.

3.2.2 Prima de riesgo

Ésta representa la parte del pago que cubre el costo real de la protección que ofrece la aseguradora. En otras palabras, es el dinero que la compañía necesita para hacer frente a los posibles siniestros que puedan ocurrir y para los que el asegurado está cubierto.

Ecuación 1 Prima de riesgo

$$PR = (TR_i * VA_i) + (TR_j * VA_j) + (TR_k * VA_k) + \dots + (TR_n * VA_n)$$

Donde:

PR: Prima de riesgo

TR_i: Tasa de riesgo por cobertura, muerte o fallecimiento

TR_j: Tasa de riesgo por cobertura, incapacidad total y permanente

TR_k: Tasa de riesgo por cobertura de gastos médicos

TR_n: Tasa de riesgo por cobertura adicional a la póliza, puede ser gastos de sepelio u otra cobertura con respecto a la labor del asegurado

Cabe mencionar que las coberturas pueden variar dependiendo de lo solicitado por el asegurado, ya sea en una póliza de accidentes personales individual o en una póliza de accidentes personales grupal.

3.2.3 Prima técnica

Esta prima incluye no sólo el valor actuarial estimado del riesgo (conocido como prima de riesgo), sino también un margen de seguridad o carga de seguridad destinado a compensar posibles desviaciones estadísticas, incertidumbre en la estimación de siniestros futuros, y variaciones adversas en la siniestralidad.

Ecuación 2 Prima técnica

$$PTec = PR * (1+\delta)$$

Donde:

PTec: Prima técnica

PR: Prima de riesgo

δ : Margen de seguridad

3.2.4 Prima tarifa

Para poder calcular la prima tarifa se debe considerar como el cociente entre el valor de la prima técnica dividido entre 1 menos los costos adicionales

Costos adicionales: Los costos adicionales llegan a ser la suma de tasa de regulación, fondo de protección al asegurado, comisiones, costos de producción, gastos administrativos, comisión del tomador, utilidad.

Tabla 1
Costos adicionales

<i>TREG</i>	2%
<i>FPA</i>	2.5‰
<i>Com</i>	$X\% \leq Com \leq X\%$
<i>CP</i>	$X\% \leq CP \leq X\%$
<i>GA</i>	$X\% \leq GA \leq X\%$
<i>UT</i>	$Min\% \leq GA \leq Max\%$

Considerando la sumatoria de los costos adicionales la formula se determina de esta forma:

Ecuación 3 Prima tarifa

$$TN = \frac{PTec}{1 - (TREG+FPA+Com+CP+GA+UT)}$$

Donde:

PT: Prima de tarifa

PR: Prima de riesgo

TREG: Tasa de regulación

FPA: Fondo de protección al asegurado

Com: Comisiones

CP: Costos de producción

GA: Gastos administrativos

UT: Utilidad

3.2.5 Prima total

Se la define como la prima tarifa más impuestos, siendo ésta el costo final para el asegurado.

Impuestos: Según la normativa boliviana son dos los impuestos a considerar:

Tabla 2
Impuestos

IVA	13%
IT	3%

Para obtener el valor del impuesto a aplicar, a la fórmula se debe sumar ambos impuestos y aplicar la definición de tasa efectiva.

Ecuación 4 Fórmula para impuestos

$$IMP = 1 \frac{(IVA + IT)}{1 - (IVA + IT)}$$

Donde:

IMP: Impuesto según definición de tasa efectiva

Ya con el valor de impuestos determinado podemos llegar a definir la prima total.

Ecuación 5 *Prima total*

$$PTT = PT * IMP$$

Donde:

PTT: Prima de total

PT: Prima tarifa

IMP: Impuestos

3.2.6 Prima adicional

Este valor es la sumatoria de los costos adicionales multiplicado por la prima tarifa.

Ecuación 6 *Prima adicional*

$$PA = (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT) * PT$$

Donde:

PT: Prima de tarifa

PR: Prima de riesgo

TREG: Tasa de regulación

FPA: Fondo de protección al asegurado

Com: Comisiones

GA: Gastos administrativos

CP: Costos de producción

UT: Utilidad

3.2.7 Composición de la prima

Ya con las variables determinadas y ordenadas podemos definir la composición de la prima:

Ecuación 7 *Prima total*

$$PTec + PA + IMP = PTT$$

3.2.8 Prima grupal

Para el cálculo de la prima grupal la normativa es ambigua, dejando a la entidad aseguradora realizar sus propias políticas respecto al cálculo de la misma.

En caso de que se realice el cálculo para la póliza grupal, se debe multiplicar la prima total por la cantidad de asegurados.

Ecuación 8 Prima total grupal

$$PTG = PTT * Cant.$$

Donde:

PTG: Prima total grupal

PTT: Prima total

Cant: Cantidad de asegurados

3.3 Documento *slip* de cotización

El *slip* de cotización es un documento preliminar en el que se presentan las características y condiciones de una póliza de seguro que una aseguradora ofrece a un posible contratante. Funciona como una propuesta formal en la cual se especifican aspectos clave de la cobertura, tales como el plazo de contratación, el alcance de las coberturas, los requisitos de admisión, las exclusiones, y las condiciones de pago, entre otros.

Encabezado del documento	Ramo de seguro
Contratante	Asegurados
Beneficiarios	Límites de edad
Vigencia del seguro	Grupos, capitales asegurados y primas
Beneficios adicionales	Sistema de atención en caso de accidente

3.3.1 Encabezado del documento

Incluye la identificación del *slip* de cotización y su propósito. Detalla la fecha y el destinatario, así como la ubicación desde la cual se emite la cotización.

Procedimiento: Registrar la fecha y el nombre de la empresa o entidad a la que se dirige la cotización. Incluir el nombre del solicitante y un breve saludo de apertura con mención al objetivo de la cotización.

3.3.2 Ramo de seguro

Especifica el tipo de seguro. En este caso, el seguro contra accidentes personales.

Procedimiento: Indicar el ramo de seguro aplicable, como “seguro contra accidentes personales en grupo” o “individual” según el tipo de cobertura solicitada.

3.3.3 Contratante

Nombre de la entidad, empresa o grupo que contrata la póliza.

Procedimiento: Detallar el nombre de la organización o entidad responsable del seguro y su área de trabajo relevante, si aplica.

3.3.4 Asegurados

Describe a las personas cubiertas por la póliza, incluyendo el número y perfil de los asegurados.

Procedimiento: Registrar el número y tipo de asegurados (por ejemplo, empleados, socios, técnicos), además de cualquier descripción relevante de los asegurados.

3.3.5 Beneficiarios

Personas o entidades que recibirán los beneficios en caso de siniestro.

Procedimiento: Detallar los beneficiarios del seguro, como herederos legales o beneficiarios designados, según corresponda.

3.3.6 Límites de edad

Especifica el rango de edad para ingresar al seguro y la edad máxima para mantenerse cubierto.

Procedimiento: Definir los límites de edad para ingreso y permanencia de los asegurados en la póliza, según los requisitos de la aseguradora.

3.3.7 Vigencia del seguro

Duración de la póliza, desde su inicio hasta su expiración.

Procedimiento: Registrar el periodo de vigencia del seguro, incluyendo la duración en años o meses y si es renovable o de vigencia única.

3.3.8 Grupos, capitales asegurados y primas

Especifica los montos asegurados para cada tipo de cobertura y el costo de la prima.

Procedimiento: Indicar los grupos de cobertura, los capitales asegurados para cada evento o siniestro (muerte accidental, incapacidad, gastos médicos, etc.) y el costo de la prima anual o mensual por asegurado.

3.3.9 Beneficios adicionales

Ventajas complementarias incluidas en la póliza, como cobertura nacional e internacional.

Procedimiento: Listar beneficios adicionales a la cobertura principal, como alcance geográfico, cobertura 24/7 o cualquier otro beneficio.

3.3.10 Sistema de atención en caso de accidente

Detalla los métodos de atención en caso de siniestro, como el sistema cerrado y el abierto.

Procedimiento: Describir los sistemas de atención, especificando cómo se accede a cada modalidad, los centros médicos autorizados, el proceso de pago o reembolso, y la documentación necesaria.

4.1 Evaluación del riesgo

4.2 Prima de riesgo

4.3 Ramos dentro de accidentes personales

4.1 Evaluación del riesgo

Se considera los siguientes factores al momento de evaluar el riesgo del seguro de accidentes de personas:

- **Edad:** En términos generales, el seguro de accidentes personales está diseñado para brindar protección a los trabajadores; por ello, contempla límites preestablecidos tanto para el ingreso como para la permanencia en la póliza, definidos mediante rangos específicos.

Por lo general, no se aceptan menores a los 6 años, debido a su elevado riesgo.

- **Ocupación:** La actividad principal u ocupación desempeñada por el asegurado, o por el grupo asegurado, constituye un factor determinante para la clasificación y evaluación del nivel de riesgo que asumirá la aseguradora.
- **Pasatiempos y recreación:** Los pasatiempos y actividades recreativas del propuesto asegurado, incluyendo cualquier actividad de ocio que implique un riesgo elevado para su integridad física como los deportes extremos u otras prácticas de alto riesgo, deberán ser considerados en la evaluación del riesgo asegurador.
- **Impedimento físico:** Los impedimentos y/o defectos físicos constituyen condiciones preexistentes que se consideran agravantes del riesgo, ya que incrementan la proba-

bilidad de sufrir lesiones o accidentes y pueden afectar negativamente la capacidad de recuperación del asegurado.

- **Enfermedad preexistente:** Las condiciones de salud preexistentes o la presencia de ciertas enfermedades pueden incrementar la probabilidad de sufrir accidentes o complicaciones derivadas de estos. Por ejemplo, las personas con diabetes tipo 2 pueden presentar dificultades en el proceso de cicatrización, lo que eleva el riesgo de infecciones y otras complicaciones en caso de lesiones.
- **Capital asegurado:** El seguro de accidentes personales, en términos generales, tiene como finalidad cubrir los gastos derivados de lesiones accidentales que pueda sufrir el asegurado; por ello, no resulta justificado que se solicite un capital excesivamente elevado para la cobertura de muerte accidental, considerando la naturaleza y alcance de este tipo de seguro.

Dependiendo del tipo de actividad sobre el cual se va a tomar el seguro o por exigencias de ciertos contratos, el capital asegurado podrá ser mayor.

- **Normativa UIF:** La normativa de la UIF establece que las entidades aseguradoras deben verificar los antecedentes y las transacciones de sus asegurados, a fin de evaluar si los fondos provienen de fuentes legítimas y prevenir su uso en actividades ilícitas, como el lavado de dinero o el financiamiento del terrorismo.

Para evaluar los riesgos de las coberturas de los seguros de accidentes personales que se mencionaron en el apartado coberturas se debe considerar varios factores clave en cada tipo de cobertura:

4.1.1 Muerte accidental (individual y grupo)

- **Riesgos:** El principal riesgo asociado es la posibilidad de que el asegurado fallezca debido a un accidente, lo que implica el pago de una indemnización a los beneficiarios. A mayor exposición del asegurado a actividades peligrosas (trabajo en condiciones de riesgo, actividades recreativas de alto riesgo), mayor es la probabilidad de siniestro.
- **Edad:** La limitación en los rangos de edad (18-60 años para la modalidad individual; 30-40 años para la grupal) está diseñada para minimizar el riesgo, ya que la probabilidad de accidentes fatales aumenta con la edad avanzada.
- **Factores de mitigación:** El análisis de actividades del asegurado y medidas de prevención (equipos de seguridad, entrenamientos) pueden mitigar los riesgos.

4.1.2 Invalidez total y permanente por accidente (individual)

- **Riesgos:** Este tipo de cobertura enfrenta riesgos elevados si el asegurado trabaja en entornos peligrosos o tiene un estilo de vida propenso a accidentes graves. Además, las actividades que impliquen el uso intensivo del cuerpo incrementan la exposición.

- **Edad:** Las limitaciones de edad buscan reducir la probabilidad de siniestros, ya que la capacidad de recuperación y el riesgo de lesiones permanentes varían según la edad.
- **Factores de mitigación:** Implementación de evaluaciones de salud previas y revisiones periódicas del estado de salud del asegurado.

4.1.3 Desmembramiento por accidente (individual)

- **Riesgos:** Este tipo de siniestro está directamente relacionado con accidentes graves que resulten en amputaciones. Sectores laborales como la construcción, la minería y la industria pesada presentan mayor riesgo.
- **Edad:** La cobertura se limita a un rango de edad donde la exposición a accidentes es menos frecuente que en edades avanzadas.
- **Factores de mitigación:** Inspecciones de seguridad, uso de equipos protectores y supervisión de las actividades del asegurado.

4.1.4 Gastos médicos por accidente (individual y grupo)

- **Riesgos:** El riesgo principal está en la ocurrencia de accidentes que resulten en lesiones menores o graves que demanden atención médica costosa. En un entorno de grupo, la concentración de personas bajo una misma póliza puede aumentar la probabilidad de uso de la cobertura.
- **Edad:** El límite de edad permite controlar el riesgo, dado que personas de mayor edad podrían representar costos más altos asociados a la recuperación tras un accidente.
- **Factores de mitigación:** Planificar actividades de bajo riesgo y garantizar que el grupo o individuo asegurado esté sometido a condiciones laborales seguras.

4.2 Póliza del seguro

4.2.1 Información general de la póliza

En este apartado se presenta la información detallada relacionada con el contratante (o tomador) y el asegurado de la póliza de seguro. El contratante es la persona responsable de formalizar el contrato y cumplir con las obligaciones de pago, mientras que el asegurado es la persona cubierta por la póliza, cuyo riesgo se asegura.

Los elementos clave que se incluyen en esta sección son:

- **Número de identificación** (NIT o Cédula de identidad).

- **Dirección de residencia**, tanto del contratante como del asegurado.
- **Teléfonos de contacto** para comunicación directa.
- **Fecha de nacimiento** del asegurado.
- **Actividad económica principal** del asegurado.
- Información sobre el intermediario de contratación (si aplica) y la dirección de cobranza.

Esta información es esencial para la correcta formalización, validación y administración del contrato de seguro, garantizando el cumplimiento de las obligaciones contractuales y la adecuada cobertura del riesgo asegurado.

4.2.2 Según el número de personas cubiertas

El seguro de accidentes personales proporciona protección financiera ante eventos imprevistos que resulten en daños físicos al asegurado. Ofrece indemnizaciones o pagos a los beneficiarios en caso de fallecimiento o invalidez del asegurado debido a un accidente, así como cobertura para gastos médicos y otros costos relacionados con el accidente.

Se cuenta con los siguientes casos:

Seguro de accidentes personales individual

Este seguro proporciona protección al asegurado en caso de accidente corporal, cubriendo las lesiones resultantes del mismo. Garantiza el pago del capital asegurado a los beneficiarios en caso de muerte accidental y ofrece compensaciones al asegurado por otras coberturas especificadas en la póliza, como invalidez o gastos médicos.

Seguro de accidentes personales en grupo

Este tipo de seguro está diseñado para ofrecer indemnizaciones a un grupo de personas en caso de que un accidente cause la muerte o incapacidad de alguno de sus miembros. Las coberturas típicas incluyen muerte accidental, invalidez total o parcial permanente, gastos médicos y gastos por sepelio, brindando así una protección amplia y colectiva para los asegurados dentro del grupo.

Ambos tipos de seguros están sujetas a las condiciones establecidas en el condicional general de la póliza de seguro de accidentes personales anual renovable.

4.2.3 Cobertura

Son los beneficios específicos y los riesgos que la póliza garantiza proteger frente a eventos accidentales. Estas coberturas definen el alcance de la protección ofrecida, como la indemnización por muerte accidental, invalidez total o parcial permanente, gastos médicos y otros costos asociados al accidente. Las coberturas establecen las condiciones bajo las cuales se realizará el pago de beneficios al asegurado o a sus beneficiarios, dependiendo del tipo y la gravedad del siniestro.

Ilustración 2 Coberturas seguro de accidentes personales individual

Dentro de esta póliza podemos resaltar:



Muerte accidental.

.....
Invalidez total y permanente por accidente.



.....
Desmembramiento por accidente.

.....
Gastos médicos por accidente.



Ilustración 3 Coberturas seguro de accidentes personales en grupo

Dentro de esta póliza podemos resaltar:



Muerte accidental.

.....
Gastos médicos por accidente.



4.2.4 Beneficiario

Los beneficiarios son las personas o entidades designadas para recibir los pagos o indemnizaciones estipulados en la póliza en caso de un siniestro cubierto, como la muerte o invalidez del asegurado. La designación debe ser formalizada en la póliza y puede ser modificada por el asegurado o tomador del seguro.

En una póliza de accidentes personales, los beneficiarios varían dependiendo de la cobertura específica contratada. A continuación, se detalla la asignación de beneficiarios para cada tipo de cobertura incluida en la póliza:

Cobertura principal de muerte accidental y gastos de sepelio:

- Los beneficiarios serán los herederos legales o aquellos designados por el asegurado, de acuerdo al detalle especificado en la póliza.

Coberturas complementarias:

- Pago anticipado por invalidez total y permanente por accidente.
- Pago por desmembramiento por accidente.
- Reembolso de gastos médicos por accidente.
- El propio asegurado será el beneficiario de estas coberturas.

Designación de beneficiarios

El asegurado tiene derecho de designar y modificar a sus beneficiarios durante la vigencia de la póliza.

Si se designan múltiples beneficiarios y no se especifican proporciones, se asumirá una división equitativa.

La aseguradora mantendrá en reserva la designación de beneficiarios hasta el fallecimiento del asegurado o una orden judicial.

En caso de fallecimiento sin beneficiarios designados, el capital asegurado será pagado a los herederos legales.

El cambio de beneficiarios surtirá efecto una vez se notifique formalmente a la aseguradora y se reciba confirmación mediante registro y sello de recepción.

Seguro de accidentes personales individual

- Muerte accidental
Beneficiarios herederos legales
- Invalidez total y permanente por accidente
Beneficiario el propio asegurado
- Desmembramiento por accidente
Beneficiario el propio asegurado
- Gastos médicos por accidente
Beneficiario el propio asegurado

Seguro de accidentes personales en grupo

Dentro de esta póliza podemos resaltar:

- Muerte accidental
Beneficiarios elegidos por el asegurado o herederos legales
- Gastos médicos
Beneficiario el propio asegurado

4.2.5 Límite de edad

El límite de edad se refiere a la franja etaria establecida por la aseguradora dentro de la cual un individuo puede contratar y mantener la cobertura del seguro. Este límite define la edad mínima y máxima en la que un solicitante puede ser aceptado para la póliza. El límite de edad es importante ya que puede influir en la evaluación del riesgo y en las condiciones de la cobertura ofrecida, y suele variar según el tipo de seguro y la aseguradora.

Seguro de accidentes personales individual

- Muerte accidental
Mínima: 18 años **Máxima:** 65 años
- Invalidez total y permanente por accidente
Mínima: 18 años **Máxima:** 65 años
- Desmembramiento por accidente
Mínima: 18 años **Máxima:** 65 años
- Gastos médicos por accidente
Mínima: 18 años **Máxima:** 65 años

Seguro de accidentes personales en grupo

Dentro de esta póliza podemos resaltar:

- Muerte accidental
Mínima: 6 años **Máxima:** 60 años
- Gastos médicos
Mínima: 6 años **Máxima:** 60 años

4.2.6 Permanencia

Se considera “permanencia” al período continuo durante el cual el asegurado mantiene la cobertura activa, cumpliendo con los términos de la póliza y pagando las primas correspondientes. Mientras exista permanencia, el asegurado conserva el derecho a recibir las indemnizaciones y beneficios estipulados en caso de ocurrir un accidente cubierto. La permanencia puede ser renovada periódicamente, dependiendo de los términos del contrato, y es un indicador de la duración de la relación entre el asegurado y la aseguradora.

Seguro de accidentes personales individual

- Muerte accidental
Máxima: 70 años
- Invalidez total y permanente por accidente
Máxima: 70 años
- Desmembramiento por accidente
Máxima: 70 años
- Gastos médicos por accidente
Máxima: 70 años

Seguro de accidentes personales en grupo

Dentro de esta póliza podemos resaltar:

- Muerte accidental
Máxima: 65 años
- Gastos médicos
Máxima: 65 años

4.3 Tomador

El tomador de un seguro de accidentes personales en grupo es la persona o entidad que suscribe la póliza con la aseguradora y actúa en representación del grupo de asegurados. El tomador no necesariamente es quien se beneficia directamente de la cobertura, pero es responsable de cumplir con las obligaciones contractuales, como el pago de las primas. En una póliza grupal, el tomador puede ser una empresa, organización, asociación o cualquier entidad que agrupe a un número determinado de personas que serán cubiertas bajo la póliza.

Se emite una única póliza a nombre del tomador, lo que facilita la gestión del seguro para un grupo grande de personas. El tomador asume un papel clave en la administración de la póliza, ya que, además de ser el vínculo entre la aseguradora y los asegurados, debe asegurarse de que todos los miembros del grupo que estén cubiertos; es decir, que bajo la póliza reciban su correspondiente certificado individual. Este certificado confirma que cada asegurado tiene derecho a los beneficios estipulados en la póliza.

4.4 Certificado de cobertura individual

El certificado de cobertura individual es un documento esencial que se emite a cada persona asegurada bajo una póliza de accidentes personales en grupo. Aunque el contrato de seguro es general y está a nombre del tomador, cada asegurado tiene derecho a recibir su propio certificado, el cual sirve como comprobante de que está cubierto por la póliza.

Este certificado incluye información crucial como:

- Los datos personales del asegurado.
- La vigencia de la cobertura.
- El monto asegurado y los beneficios cubiertos.
- Las condiciones generales y particulares que aplican a la póliza.

La emisión del certificado individual es una obligación legal de la aseguradora, ya que permite que cada asegurado tenga un comprobante tangible de su cobertura y de los derechos que le asisten en caso de siniestro. Además, este certificado facilita la presentación de reclamaciones ante la aseguradora y garantiza que el asegurado esté informado de los términos y condiciones de la póliza bajo la cual está protegido.¹

¹ Pérez Torres, J. L. (1986). *Conociendo el seguro: Teoría general del Seguro*. Alfadir, p. 94.

5.1 Reservas técnicas para siniestros

5.2 Anulación del seguro

5.3 Reportes mensuales

5.1 Cobranza

La gestión de cobranzas en seguros de personas es fundamental para garantizar el flujo de ingresos y la estabilidad financiera de la aseguradora. Este proceso abarca desde la identificación de cuentas por cobrar y la clasificación de deudores, hasta la comunicación efectiva, la oferta de planes de pago y el seguimiento continuo. En casos de incumplimiento, se aplican medidas como el escalamiento de casos a agencias de cobranza. Este enfoque asegura una recuperación eficiente de deudas y una mejora continua del proceso (para mayor información, véase el apartado “Cobranzas”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

5.2 Contabilidad

La contabilidad de los seguros de accidentes personales es esencial para garantizar la correcta gestión financiera de las pólizas y las operaciones derivadas de ellas. El proceso contable involucra la actualización de registros relacionados con la producción de seguros nuevos, renovaciones, reservas y capitales asegurados. A continuación, se detallan las distintas actividades contables que deben ser consideradas en el ciclo de vida de una póliza de accidentes personales, desde la venta inicial hasta la contabilización de reservas y ajustes de capital.

5.2.1 Producción nueva: seguro de accidentes personales

Corresponde al proceso en el cual un cliente adquiere por primera vez una póliza de este tipo, sin haber estado previamente asegurado bajo esta cobertura. Éste es el primer paso en la relación aseguradora-cliente, y es crucial para proporcionar protección frente a riesgos como la muerte accidental, invalidez o gastos médicos derivados de un accidente. En este caso, el cliente no había tenido anteriormente un seguro de accidentes personales, lo que requiere el registro completo de las transacciones asociadas a la emisión de la póliza.

Tabla 3
Asiento contable producción nueva

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.50	1.02.011.93.50	PRIMA POR COBRAR	0000,00	
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE		0000,00
4.01.011.93.50	4.01.011.93.50.01	PRIMA TÉCNICA		0000,00
4.01.041.93.50	4.01.041.93.50.01	PRIMAS ADICIONALES		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.50	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	0000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.50	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		0000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	0000,00	
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	0000,00	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	APORTE MENSUAL APS		0000,00
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0000,00
5.08.011.93.50	5.08.011.93.50.01	CONSTITUCIÓN RRC API/APG M.N.		0000,00
2.04.011.93.50	2.04.011.93.50.01	SALDO RRC API/APG M.N.	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.2 Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada)

Este proceso implica la emisión de un documento complementario a la póliza principal, aplicable tanto a una venta nueva como a una renovación, con el fin de modificar o ampliar las coberturas originales del seguro de accidentes personales. Este ajuste puede implicar tanto la incorporación de coberturas adicionales como la actualización de las condiciones ya pactadas.

Tabla 4
Asiento contable aplicación tributaria

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	0000,00	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		0000,00
5.21.041.01.01	5.21.041.01.01	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	0000,00	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.3 Reservas de riesgo en curso

Este tipo de reservas sirven para registrar los fondos destinados a cubrir posibles siniestros futuros derivados de las pólizas en vigor. La reserva de riesgo se calcula con base en la estimación de las obligaciones que la compañía deberá enfrentar por los riesgos asumidos, garantizando así que dispone de los recursos necesarios para cumplir con sus compromisos frente a los asegurados en caso de que ocurra un evento cubierto por la póliza.

Tabla 5
Asiento contable reserva riesgo en curso

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.50	2.04.011.93.50.01	SALDO RRC API/APG M.N.	0000,00	
4.08.011.93.50	4.08.011.93.50.01	LIBERACIÓN RRC API/APG M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.4 Capitales asegurados a fin de vigencia

Se refiere al valor total de las sumas aseguradas al momento en que la póliza alcanza el término de su vigencia, en este caso, el 31/12/2024. Este valor representa la cobertura máxima que la aseguradora mantiene para los asegurados hasta esa fecha.

Tabla 6
Asiento contable capitales asegurador

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.50	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.50	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.5 Reaseguro

Tabla 7
Asiento contable reaseguro

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.50	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES	0000,00	
5.06.011.93.50		PRIMAS CEDIDAS EN REASEGURO NACIONAL		0000,00
			0000	0000

5.2.6 Aplicación tributaria una vez facturado (aplica a venta en vigencia nueva, renovada y anexo)

Tabla 8
Asiento contable reaseguro

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	0000,00	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		0000,00
5.21.041.01.01	=	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	0000,00	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.7 Liberación de reservas de riesgo en curso

Tabla 9
Liberación de reservas de riesgo en curso

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.49	2.04.011.93.50.01	SALDO RRC API_APG M.N.	0000,00	
4.08.011.93.49	4.08.011.93.50.01	LIBERACIÓN RRC API_APG M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.8 Finalización de vigencia

Tabla 10
Finalización de vigencia

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.50	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.50	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	0000,00	
			0000,00	

5.3 Reaseguro

El reaseguro es un mecanismo mediante el cual una aseguradora (conocida como “cedente”) transfiere parte de su riesgo a otra aseguradora (llamada “reaseguradora”). Este proceso permite a las aseguradoras gestionar su exposición al riesgo, aumentar su capacidad de suscripción y protegerse contra pérdidas significativas que puedan surgir de siniestros. Al diversificar los riesgos entre múltiples entidades, el reaseguro contribuye a la estabilidad financiera del mercado asegurador en su conjunto.

El funcionamiento del reaseguro implica que la aseguradora original paga una prima a la reaseguradora a cambio de cobertura sobre una parte de sus riesgos. En caso de que se produzca un siniestro, la reaseguradora asume la responsabilidad de indemnizar a la

aseguradora cedente según los términos del contrato de reaseguro. Existen diferentes tipos de reaseguro, como el reaseguro proporcional, mediante el cual se comparte una proporción del riesgo y las primas; y el reaseguro no proporcional, modalidad por la que la reaseguradora sólo paga por pérdidas que superan un límite específico (para mayor información, véase el apartado “Reaseguro”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

5.4 Reservas de riesgo en curso

Las reservas de riesgo en curso son provisiones que las aseguradoras crean para cubrir las obligaciones futuras de las pólizas de seguros activas. Estas reservas son cruciales para mantener la solvencia y la estabilidad financiera de la empresa aseguradora, permitiendo la gestión adecuada de los riesgos asociados con posibles siniestros que puedan surgir durante la vigencia de los contratos.

En este contexto, se aplicará el método de los veinticuatroavos para seguros con cobertura de un año. Este método consiste en prorratear el riesgo a lo largo del periodo de cobertura, de manera que se distribuyan las primas cobradas en partes proporcionales a los meses de cobertura. Por lo tanto, cada mes se reconoce un veinticuatroavo de la prima como reserva, lo que permite que las aseguradoras cuenten con fondos adecuados para hacer frente a las reclamaciones a medida que se producen.

Este método es esencial para asegurar que las reservas sean suficientes para cubrir las eventualidades durante el año asegurado, tal como se detalla en el apartado “Reservas de riesgo en curso”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

5.5 Inversiones

La gestión de inversiones en seguros de personas es un procedimiento genérico que no se desarrolla de manera específica para cada ramo de seguros. Este proceso se enfoca en maximizar la rentabilidad, asegurar la liquidez y garantizar la seguridad de los fondos administrados. Las inversiones se realizan a partir de las reservas técnicas, el margen de solvencia y las retenciones a reaseguradores, siempre bajo la supervisión de la autoridad reguladora (para mayor información, véase el apartado “Inversiones”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Siniestro 06

6.1 Atención e indemnización de siniestros

6.2 Reservas técnicas para siniestros

6.3 Decisión sobre el siniestro

6.4 Pago de la indemnización

6.5 Prescripción

El procedimiento para la atención de siniestros ha sido detallado previamente en el apartado “Siniestros”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1. Para el caso particular de seguros de accidentes personales, tanto individuales como grupales, se reforzarán y aclararán ciertos puntos específicos dentro de dicho procedimiento.

6.1 Atención e indemnización de siniestros

En caso de fallecimiento o invalidez del asegurado, el asegurado (de ser posible), los beneficiarios o el tomador deben notificar a la entidad aseguradora dentro de los 10 días de haber tenido conocimiento del siniestro.

Excepciones: En casos de fuerza mayor o impedimento justificado, el plazo puede extenderse.

Si la entidad aseguradora o sus agentes intervienen en la comprobación del siniestro dentro del plazo mencionado, no se podrá alegar retardación u omisión en el aviso.

El asegurador puede liberarse de sus obligaciones si el aviso se omite intencionalmente para impedir la verificación del siniestro o magnitud de los daños.²

² Código de Comercio, Art. 1028.

6.1.1 Recolección de documentos

Es importante aclarar que cada aseguradora estructura sus pólizas de manera específica, por lo que la siguiente información se presenta únicamente a modo de ejemplo:

En caso de fallecimiento

- Certificado de defunción (legalizado, si el fallecimiento ocurrió fuera del país).
- Certificado médico de causa de muerte.
- Certificado de médico forense (si aplica).
- Certificado de la autoridad competente (si aplica).
- Certificado de nacimiento del asegurado.
- Certificado de nacimiento o carnet de identidad de los beneficiarios.
- Declaratoria de herederos (si no hay beneficiarios designados).
- Certificado individual de seguro (original o copia).

En caso de invalidez total y permanente

- Informe médico detallado sobre el origen, desarrollo y consecuencias de la enfermedad o lesión causante de la invalidez.
- Declaración médica del grado de invalidez.
- Certificado de autoridad competente (si aplica).
- Certificado de nacimiento del asegurado.
- Certificado de nacimiento o carnet de identidad de los beneficiarios.
- Certificado individual de seguro (original o copia).

6.1.2 Fallecimiento presunto

Figura legal que se utiliza cuando una persona ha desaparecido en circunstancias que hacen suponer su muerte, pero no se ha encontrado el cuerpo o no se puede confirmar el fallecimiento de manera inmediata. Para declarar el fallecimiento presunto, es necesario que transcurra un determinado tiempo desde la desaparición o que existan circunstancias especiales, como accidentes o desastres naturales, de las que se pueda inferir, razonablemente, que la persona ha fallecido.

Este tipo de fallecimiento requiere una resolución judicial que declare oficialmente la muerte presunta, permitiendo así a los familiares o beneficiarios del desaparecido realizar trámi-

tes legales, como reclamar seguros o herencias, que de otra manera estarían bloqueados hasta confirmarse la muerte real.³

6.1.3 Decisión sobre el siniestro

La aseguradora tiene hasta 30 días para pronunciarse tras recibir la documentación completa.

Dentro de este plazo, tanto para las modalidades grupal e individual en caso de solicitar documentos complementarios, se pueden realizar hasta dos solicitudes adicionales antes de emitir una decisión final.

6.1.4 Pago de la indemnización

Si se acepta la cobertura, el pago se realizará dentro de los 15 días posteriores a la aceptación.

6.1.5 Prescripción

Los beneficios de este seguro prescriben en 5 años a favor del Estado, a partir del momento en que el beneficiario tenga conocimiento de su derecho.

6.2 Reservas técnicas para siniestros

La APS no brinda una normativa en la cual indique qué reservas se debe considerar y cómo se debe calcular cada reserva de siniestros. Sin embargo, dentro del Plan Único de Cuentas que brinda la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) se evidencia que las submodalidades del seguro de accidentes personales cuentan con reservas técnicas, según sigue:

- Ocurridos y no reportados (Cuenta N.º 205.01M.93.50)
- Reclamados por liquidar (Cuenta N.º 205.02M.93.50)
- Controvertidos (Cuenta N.º 205.03M.93.50)

Además de ello, el Plan Único de Cuentas establecido por la APS contaría con las siguientes obligaciones técnicas:

- Siniestros por pagar (Cuenta N.º 202.01M.93.50)
- Siniestros en Mora (Cuenta N.º 202.03M.93.50)

³ Resolución administrativa 504/2013, Art. 11.

Reportes 07

7.1 Reportes mensuales

7.1 Reportes mensuales

Con base en la Resolución administrativa 91 (punto primero), las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas deben remitir a la APS, de forma mensual y hasta el día 15 de cada mes, un archivo plano en formato ASCII con separador *pipe*, que contenga las bases de datos de las siguientes cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) (si se requiere información adicional respecto a las anulaciones, véase el apartado “Reportes”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Aplicación 08

8.1 Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado

8.2 Cálculo de la prima de riesgo

8.3 Prima tarifa

8.4 Prima total

8.5 Prima adicional

8.6 Impuestos

8.7 Composición de la prima

8.8 Reserva de riesgo en curso cobertura anual

8.9 Reserva de riesgo en curso con cobertura mensual e inferior a un mes

8.10 Contabilidad

8.11. Anulación de un seguro método plazos cortos mensual

8.12. Anulación de un seguro método cálculo por días

8.13. Inclusión de asegurados método mensual

8.14. Inclusión de asegurados método mensual

En este apartado se mostrará la aplicación de la teoría respecto a este ramo con un ejemplo práctico que se aplica a pólizas grupales e individuales.

8.1 Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado

Se debe recalcar que las tasas de riesgo pueden variar dependiendo del tipo de cliente a asegurar por las actividades a la que está expuesto. Asimismo, el capital asegurado puede variar también en función de la solicitud del cliente.

Variable	Valor	Referencia
Muerte accidental (A)	0,0428%	Bs. 35.000
Gastos médicos (B)	0,0187%	Bs. 7.000
Desmembramiento por accidente (C)	0,215%	Bs. 17.000
Gastos de sepelio (D)	0,52%	Bs. 5.000

8.2 Cálculo de la prima de riesgo

Para obtener la prima de riesgo, se debe calcular la prima de riesgo de manera individual por cobertura y realizar la sumatoria, dando como resultado la prima de riesgo total.

Además, es preciso transformar el valor de la tasa de riesgo porcentual a su equivalente entero y multiplicarlo por su capital asegurado. Los costos adicionales deben considerarse según se describe en el apartado “Estructura de la prima”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

Cobertura	Tasa de riesgo		Capital asegurado		Prima de riesgo individual
Muerte accidental (A)	0,000910	*	35.000	=	31,85
Gastos médicos (B)	0,000869	*	7.000	=	6,08
Desmembramiento por accidente (C)	0,000197	*	17.000	=	3,35
Gastos de sepelio (D)	0,006910	*	5.000	=	34,55
PRIMA DE RIESGO (A)+ (B)+ (C)+ (D)					78,79

8.3 Prima técnica

Para obtener la prima técnica se debe añadir un porcentaje a la prima de riesgo encontrada previamente, a continuación, mostramos un ejemplo:

Ecuación 9 Prima técnica

$$PTec = PR * (1+\delta)$$

$$PTec = 78.79 * (1+0,2)$$

$$PTec = 80,36$$

$$Prima\ técnica = 80,36$$

8.4 Prima tarifa

Costo adicional	Sigla	Porcentaje establecido
Tasa de regulación	<i>TREG</i>	2,00%
Fondo de protección al asegurado	<i>FPA</i>	0,250%
Comisiones	<i>Com</i>	6,5%
Costos de producción	<i>CP</i>	8,5%
Gastos administrativos	<i>GA</i>	9%
Utilidad	<i>UT</i>	5,41%

En primera instancia se debe revisar los valores de los costos adicionales; cabe recalcar que estos valores pueden ser descritos en la nota técnica del presente seguro, así como también se puede verificar la teoría en la teoría documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

Una vez determinado la prima técnica y los valores de los costos adicionales podemos determinar la prima tarifa.

$$PT = \frac{PTec}{1 - (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT)}$$

Fórmula de la prima tarifa, en el documento el apartado 3.3

$$PT = \frac{80,36}{1 - (0,02 + 0,0025 + 0,065 + 0,085 + 0,090 + 0,0541)}$$

Reemplazando valores

$$PT = \frac{80,36\%}{1 - (0,3374)}$$

Operaciones matemáticas

$$PT = 117,59$$

Prima tarifa

8.5 Prima total

$$PTT = PT * IMP$$

Fórmula de la prima total, en el documento el apartado 3.4

$$PTT = 118,9 * \left(1 + \frac{0,16}{1 - 0,16}\right)$$

Reemplazando valores

$$PTT = 117,59 * 1,19$$

Operaciones matemáticas

$$PTT = 140,09$$

Prima total

Recuerde que la prima total es el monto que el cliente paga a la aseguradora. Esta prima incluye tanto la cobertura del seguro como los impuestos establecidos por la ley.

8.6 Prima adicional

En la fórmula adjunta se explica el procedimiento para determinar el monto económico que corresponde a cada tasa adicional.

$$PA = (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT) * PT$$

Fórmula de la prima adicional, en el documento el apartado 3.5

$$PA = (0,02 + 0,0025 + 0,065 + 0,085 + 0,09 + 0,0541) * 117,6$$

Reemplazando valores

$$PA = 0,337 * 117,59$$

Operaciones matemáticas

$$PA = 37,23$$

Prima adicional

Para finalizar este punto determinado la tasa adicional se procede a verificar el costo asociado a cada tasa adicional.

Sigla	Porcentaje establecido		Prima tarifa		Costos adicionales
TREG (A)	2%	*	117,6	=	2,35
FPA (B)	0,25%	*	117,6	=	0,29
Com (C)	6,50%	*	117,6	=	7,64
CP (D)	8,50%	*	117,6	=	9,99

Sigla	Porcentaje establecido		Prima tarifa		Costos adicionales
GA (E)	9%	*	117,6	=	10,58
UT (F)	5,41%	*	117,6	=	6,36
PRIMA ADICIONAL (A)+ (B)+ (C)+ (D)+ (E)+(F)					37,23

8.7 Impuestos

Sigla	Porcentaje establecido		Prima tarifa		Prima de riesgo individual
IVA (A)	13%	*	140	=	18,2
IT(B)	3%	*	140	=	4,2
PRIMA ADICIONAL (A)+ (B))					22,40

Considerando la normativa tributaria boliviana se debe calcular el impuesto que se deberá declarar por la prima total en los dos impuestos principales; IVA e IT.

8.8 Composición de la prima

$$PTT = PTec + PA + IMP$$

Fórmula de composición de la prima, en el documento apartado 3.6

$$PTT = 80,36 + 37,23 + 22,40$$

Reemplazo de valores

$$PTT = 140,0$$

Prima total

$$PT = PR + PA$$

Fórmula de composición de la prima, en el documento apartado 3.6

$$PT = 80,36 + 37,23$$

Reemplazo de valores

$$PT = 117,6$$

Prima tarifa

$$PTec = PT - PA$$

Fórmula de composición de la prima, en el documento apartado 3.6

$$PTec = 117,6 - 37,30$$

Reemplazo de valores

$$PTec = 80,36$$

Prima técnica

En caso de ser póliza grupal:

$$PTG = PTT * Cant$$

Cálculo de la prima total grupal

$$PR = 140 * 5$$

Reemplazo de valores

$$PR = 700$$

Prima total (Grupo de asegurados de 5 personas)

8.9 Reserva de riesgo en curso cobertura anual

Considerando el método de los veinticuatroavos podemos determinar la liberación de la reserva de riesgo en curso mes a mes consumido la prima:

Método de los veinticuatroavos

$$R_t = (23/24) * M_{t-1} + (21/24) * M_{t-2} + (19/24) * M_{t-3} + (17/24) * M_{t-4} + (15/24) * M_{t-5} + (13/24) * M_{t-6} + (11/24) * M_{t-7} + (9/24) * M_{t-8} + (7/24) * M_{t-9} + (5/24) * M_{t-10} + 3/24 * M_{t-11} + (1/24) * M_{t-12}$$

Donde:

R_t : Reserva para riesgos en curso del mes

M_t : Monto de las primas netas del reaseguro suscritas en el mes t

De este cálculo podemos determinar mes a mes el monto de la liberación:

MES	FACTOR (A)	SALDO (B)	RESERVA PENDIENTE (A*B)=(C)	LIBERACIÓN (B)-(C)
Enero	(23/24) avos	80,36	77,01	3,35
Febrero	(21/24) avo	77,01	67,39	9,63
Marzo	(19/24) avo	67,39	53,35	14,04

MES	FACTOR (A)	SALDO (B)	RESERVA PENDIENTE (A*B)=(C)	LIBERACIÓN (B)-(C)
Abril	(17/24) avos	53,35	37,79	15,56
Mayo	(15/24) avos	37,79	23,62	14,17
Junio	(13/24) avos	23,62	12,79	10,82
Julio	(11/24) avos	12,79	5,86	6,93
Agosto	(9/24) avos	5,86	2,20	3,66
Septiembre	(7/24) avos	2,20	0,64	1,56
Octubre	(5/24) avos	0,64	0,13	0,51
Noviembre	(3/24) avos	0,13	0,02	0,12
Diciembre	(1/24) avos	0,02	0,00	0,02
TOTAL				80,36

8.10 Reserva de riesgo en curso con cobertura mensual e inferior a un mes

En ambos casos, la teoría actuarial nos indica que tanto la reserva de riesgo en curso para una cobertura mensual, así como la reserva de riesgo en curso con cobertura inferior a un mes es la misma prima técnica:

$RRC = PR$	Reserva de riesgo en curso con cobertura mensual. Reserva de riesgo en curso con cobertura inferior a un mes
$RRC = 80,36$	

8.11 Contabilidad

a) Producción nueva

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.50	1.02.011.93.50	PRIMA POR COBRAR	140,0	-
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	-	18,20
4.01.011.93.50	4.01.011.93.50.01	PRIMA TÉCNICA	-	80,36
4.01.041.93.50	4.01.041.93.50.01	PRIMAS ADICIONALES	-	41,43
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.50	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	64.000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.50	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	-	64.000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	2,35	-
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	0,29	-
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	-	2,35
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	-	0,29
5.08.011.93.50	5.08.011.93.50.01	CONSTITUCIÓN RRC API/APG M.N.		80,36
2.04.011.93.50	2.04.011.93.50.01	SALDO RRC API/APG M.N.	80,36	
			64.142,65	64.142,65

b) Producción

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	18,20	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		18,20
5.21.041.01.01	5.21.041.01.01	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	4,20	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		4,20
			22,40	22,40

c) Reservas de riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.50	2.04.011.93.50.01	SALDO RRC API/APG M.N.	3,35	-
4.08.011.93.50	4.08.011.93.50.01	LIBERACIÓN RRC API/APG M.N.	-	3,35
			3,35	3,35

d) Capitales asegurados a fin de vigencia

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.50	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		64.000
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.50	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	64.000	
			64.000	64.000

8.12 Rescisión de un seguro o baja de un asegurado método plazos cortos mensual

Considere una póliza con un inicio de cobertura al 29/2/2024 y un a finalización de cobertura al 28/2/2025 además de ello el asegurado solicita la anulación en fecha 2/8/2024:

Datos	
Inicio de vigencia	29/2/2024
Fin vigencia	28/2/2025
Rescisión de contrato	2/8/2024

Otro dato que utilizaremos es la prima técnica que para el ejemplo equivale a 80,36.

Considerando la fecha de rescisión de contrato podemos determinar que la póliza tuvo de vigencia de 5 meses.

Utilizando la tabla de cancelación a corto plazo podemos determinar lo siguiente:

6 días de vigencia	10% de la prima de riesgo anual
18 días de vigencia	15% de la prima de riesgo anual
23 días de vigencia	20% de la prima de riesgo anual

1 mes de vigencia	28% de la prima de riesgo anual
2 meses de vigencia	30% de la prima de riesgo anual
3 meses de vigencia	40% de la prima de riesgo anual
5 meses de vigencia	50% de la prima de riesgo anual
7 meses de vigencia	70% de la prima de riesgo anual
8-12 meses de vigencia	100% de la prima de riesgo anual

De esta información podemos determinar lo siguiente:

Meses consumidos	5
Meses no consumidos	7

Para realizar los cálculos usamos el valor de:

Más de 4 meses sin exceder de 5 meses	50%
---------------------------------------	-----

Con estos datos se puede determinar la proporción de la prima que corresponde a la entidad aseguradora:

$$\text{Prima del tiempo corrido} = \text{Prima técnica} * \% \text{ tarifa de corto plazo}$$

Fórmula para calcular tiempo corrido o consumido

$$\text{Prima del tiempo corrido} = 80,36 * 50\%$$

Reemplazo de valores

$$\text{Prima del tiempo corrido} = 40,18$$

Monto de la prima que le corresponde a la compañía aseguradora

Después de este cálculo podemos determinar el monto de la prima que corresponde para devolución.

$$\text{Prima del tiempo no corrido} = \text{Prima técnica} - \text{Prima del tiempo no corrido}$$

Fórmula para calcular tiempo no corrido o prima no consumida

$$\text{Prima del tiempo corrido} = 80,36 - 40,18$$

Reemplazo de valores

$$\text{Prima del tiempo corrido} = 40,18$$

Monto de la prima que le corresponde para devolución al asegurado

8.13 Rescisión de un seguro o baja de un asegurado método cálculo por días

Para el ejemplo, se debe considerar una póliza con un inicio de cobertura al 29/2/2024 y una finalización de cobertura al 28/2/2025; además de ello, el asegurado solicita la anulación en fecha 2/8/2024.

Datos	
Inicio de vigencia	1/3/2024
Fin vigencia	28/2/2025
Rescisión de contrato	2/8/2024

Otro dato referencial para este ejemplo es que la prima técnica equivale a 80,36.

Considerando la fecha de rescisión de contrato, podemos determinar que la póliza tuvo una vigencia de 155 días (se puede obtener este valor al restar la fecha de rescisión de contrato con la fecha de inicio de vigencia).

De esta información restamos la fecha fin de vigencia, con la fecha de rescisión de contrato, podemos determinar lo siguiente:

Días consumidos	155
Días no consumidos	210

Con estos datos, se puede determinar la proporción de la prima que corresponde a la entidad aseguradora.

$$Prima\ diaria = \frac{Prima\ técnica}{365}$$

Fórmula para calcular tiempo corrido o consumido

$$Prima\ diaria = \frac{80,36}{365}$$

Reemplazo de valores

$$Prima\ diaria = 0,22$$

Valor de la prima diaria

$$\text{Prima del tiempo corrido} = \text{Prima diaria} * \text{Días consumidos}$$

Fórmula para calcular tiempo corrido o consumido

$$\text{Prima del tiempo corrido} = 0,22 * 155$$

Reemplazo de valores

$$\text{Prima del tiempo corrido} = 34,13$$

Monto de la prima que le corresponde a la compañía aseguradora

Después de este cálculo podemos determinar el monto de la prima que corresponde para devolución:

$$\text{Prima del tiempo corrido} = \text{Prima diaria} * \text{Días no consumidos}$$

Fórmula para calcular tiempo no corrido o prima no consumida

$$\text{Prima del tiempo corrido} = 0,22 * 210$$

Reemplazo de valores

$$\text{Prima del tiempo corrido} = 46,23$$

Monto de la prima que le corresponde a la compañía aseguradora

8.14 Inclusión de asegurados método mensual

Para el ejemplo, se considera una póliza con un inicio de cobertura al 29/2/2024 y una finalización de cobertura al 28/2/2025; además de ello, el tomador solicita la inclusión de un asegurado a la póliza en fecha 2/8/2024.

Datos	
Inicio de vigencia	29/2/2024
Fin vigencia	28/2/2025
Rescisión de contrato	2/8/2024
Cantidad de asegurados	5
Prima total por asegurado	140,0

Considerando la fecha de anulación de contrato, podemos determinar que la póliza tuvo de vigencia de 5 meses y aún le quedan 7 meses por consumir.

Con estos datos se puede determinar la proporción de la prima que corresponde para la inclusión.

$Prima\ mensual = \frac{Prima\ total\ por\ asegurado}{12}$

Fórmula para calcular la prima mensual

$Prima\ mensual = \frac{140,0}{12}$

Reemplazo de valores

$Prima\ mensual = 11,67$

Monto de la prima mensual para calcular inclusiones

Después de este cálculo, es posible determinar el monto de la prima que corresponde para la inclusión del asegurado:

$Inclusión\ de\ asegurado = Prima\ mensual * meses\ a\ consumir$

Fórmula para calcular la inclusión del asegurado

$Inclusión\ de\ asegurado = 11,67 * 7$

Reemplazo de valores

$Prima\ del\ tiempo\ corrido = 81,66$

Monto de la prima que le corresponde al tomador para incluir un asegurado nuevo

8.15 Inclusión de asegurados: método por día

Para el ejemplo, se considera una póliza con un inicio de cobertura al 29/2/2024 y una finalización de cobertura al 28/2/2025; además de ello, el tomador solicita la inclusión de un asegurado a la póliza en fecha 2/8/2024.

Datos	
Inicio de vigencia	29/2/2024
Fin vigencia	28/2/2025
Rescisión de contrato	2/8/2024
Cantidad de asegurados	5
Prima neta por asegurado	80,36

Considerando la fecha de anulación de contrato, podemos determinar que la póliza tuvo de vigencia de 155 días y aún le quedan 210 días por consumir.

Con esto datos ya podemos determinar la proporción de la prima que corresponde para la inclusión.

$$\textit{Prima diaria} = \frac{\textit{Prima total por asegurado}}{365}$$

Fórmula para calcular la prima diaria

$$\textit{Prima diaria} = \frac{80,36}{365}$$

Reemplazo de valores

$$\textit{Prima diaria} = 0,22$$

Monto de la prima diaria para calcular inclusiones

Después de este cálculo, podemos determinar el monto de la prima que corresponde para la inclusión del asegurado.

$$\textit{Inclusión de asegurado} = \textit{Prima diaria} * \textit{Días a consumir}$$

Fórmula para calcular la inclusión del asegurado

$$\textit{Inclusión de asegurado} = 0,22 * 210$$

Reemplazo de valores

$$\textit{Prima del tiempo corrido} = 45,33$$

Monto de la prima que le corresponde al tomador para incluir un asegurado nuevo

Base legal o normativa 09

Ley N.º 14379 Código de Comercio de 25 de febrero de 1977

Este documento normativo materializa el deseo de dotar al país de una nueva estructura legal que, además de fomentar y desarrollar la actividad comercial en general, en concordancia con las tendencias modernas que influyen en esta área, contribuirá de manera positiva a los planes y programas del Gobierno Nacional para promover activamente el fortalecimiento económico del país y las oportunidades que ofrece el proceso de integración.

Ley N.º 1883 de Seguros de Bolivia del 25 de junio de 1998

Esta ley y sus reglamentos tienen por objetivo regular la actividad aseguradora, reaseguradora, de intermediarios, auxiliares y entidades de prepago para que cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia, garantizando un mercado competitivo. Asimismo, determina los derechos y deberes de las entidades aseguradoras y establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

Resolución Administrativa APS N.º 31 - 1998: Reglamento de reservas para riesgo en curso del 30 de diciembre de 1998

Las entidades aseguradoras que operen en seguros generales, fianzas y personas a corto plazo, constituirán la reserva para riesgo en curso correspondiente a la parte no devengada

de las primas netas de reaseguro, de forma mensual de acuerdo con los lineamientos establecidos en el presente reglamento.

Resolución administrativa APS N.º 70 - 1999 Reglamento de registro de pólizas anexas y/o cláusulas adicionales 23 de abril de 1999

Las pólizas, anexos o cláusulas adicionales, objeto de comercialización de las entidades aseguradoras, deberán ser presentadas a la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS) para su registro de manera previa a su comercialización.

Resolución administrativa APS N.º 172 - 2001 Reglamento de seguros colectivos del 16 de abril de 2001

Deja sin efecto la Resolución administrativa N.º 257 de 19 de junio de 2000 que aprueba el Reglamento de Seguros Colectivos. Las disposiciones contenidas en el reglamento se aplican a las entidades aseguradoras, sujetas a la fiscalización de la SPVS.

Resolución administrativa APS N.º 504 - 2013 Texto único y uniforme de la póliza de seguro privado de vida e invalidez permanente por cualquier causa, para las trabajadoras y los trabajadores de la prensa “Hermanos Peñasco Layme”

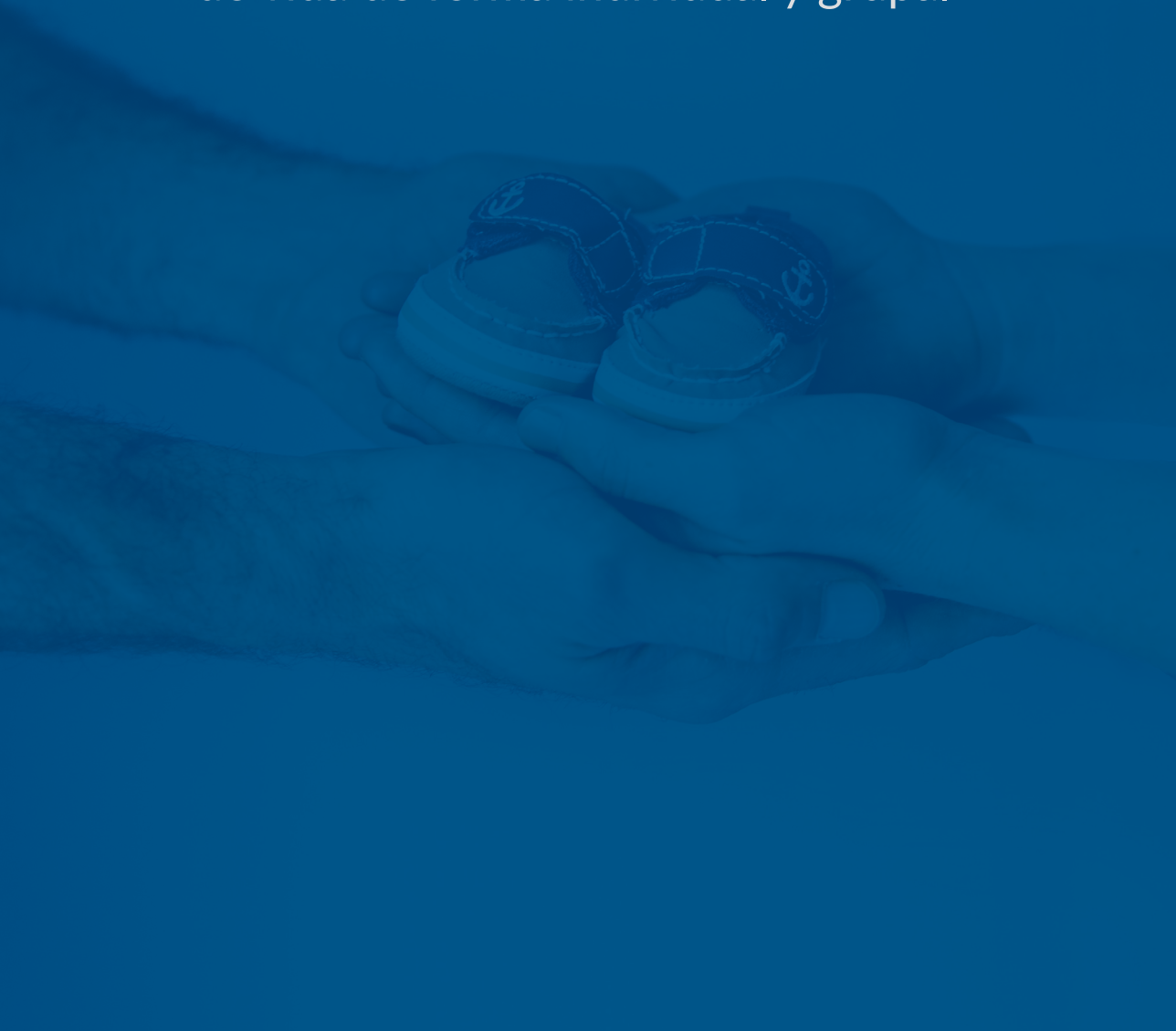
Se aprueba el texto único y uniforme de la póliza de seguro privado de vida e invalidez permanente por cualquier causa, para las trabajadoras y los trabajadores de la prensa de Bolivia “Hermanos Peñasco Layme” en su condicionado particular, condicionado general y certificado de cobertura individual.

Resolución administrativa APS N.º 91 - 2015 Se dispone la remisión de bases de datos de reservas técnicas y siniestros pagados del 30 de enero de 2015

Se dispone que las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas remitan a la APS, de manera mensual, hasta el 15 de cada mes, las bases de datos de las cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) referentes a reservas técnicas y siniestros.

SEGUROS DE VIDA

Aplicación de la normativa para seguros de vida de forma individual y grupal



Índice

1.	Introducción	169
1.1	Antecedentes	169
1.2	Objetivo	169
1.3	Alcance	170
1.4	Glosario de términos.....	170
2.	Gestión integral del producto.....	171
2.1	Elaboración de la nota técnica	171
2.2	Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios	172
3.	Cotización	173
3.1	Clasificación de seguros de vida.....	173
3.2	Coberturas	174
	3.2.1 Muerte por cualquier causa.....	174
	3.2.2 Coberturas adicionales	174
	3.2.3 Límites de edades en la póliza de vida	176
3.3	Estructura de la prima	177
	3.3.1 Tasa de riesgo	178
	3.3.2 Prima de riesgo.....	178
	3.3.3 Prima técnica	179
	3.3.4 Prima tarifa	179
	3.3.5 Prima total	180
	3.3.6 Prima adicional	180
	3.3.7 Composición de la prima.....	181
	3.3.8 Prima grupal	181
4.	Cotización	173
4.1	Evaluación del riesgo	183
	4.1.1 Tipos de seguros de vida.....	184
	4.1.2 Criterios de clasificación del riesgo para el seguro de vida	184
	4.1.3 Tabla de mortalidad	184
4.2	Póliza del seguro	185
	4.2.1 Portada	185
	4.2.2 Condicionado general	186
	4.2.3 Condicionado particular	186

4.2.4 Ramos dentro de seguros de vida	186
4.2.5 Cobertura	186
4.2.6 Beneficiario	187
4.2.7 Designación de beneficiarios	188
4.2.8 Tomador	188
4.2.9 Certificado individual de cobertura.....	188
5. Gestión financiera.....	191
5.1 Cobranzas	191
5.2 Contabilidad	191
5.2.1 Producción nueva.....	191
5.2.2 Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada).....	192
5.2.3 Transacción.....	192
5.2.4 Reservas de riesgo en curso.....	193
5.2.5 Capitales asegurados a fin de vigencia.....	193
5.3 Reaseguro	193
5.4 Reservas de riesgo en curso	194
5.5 Inversiones	194
6. Siniestro.....	195
6.1 Atención e indemnización de siniestros	195
6.1.1 Recolección de documentos	196
6.1.2 Fallecimiento presunto.....	196
6.1.3 Decisión sobre el siniestro.....	197
6.1.4 Pago de la indemnización.....	197
6.1.5 Prescripción.....	197
6.2 Reservas técnicas para siniestros.....	197
7. Reportes	199
7.1 Reportes mensuales.....	199
8. Aplicación.....	201
8.1.1 Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado	201
8.1.2 Cálculo de la prima de riesgo.....	201
8.1.3 Prima técnica	202
8.1.4 Prima tarifa	202
8.1.5 Prima total	203
8.1.6 Prima adicional	203
8.1.7 Composición de la prima	204
8.1.8 En caso de ser póliza grupal	205
8.1.9 Reserva de riesgo en curso cobertura anual	205
8.1.10 Contabilidad	206
8.1.11 Inclusión de asegurados método mensual	207
8.1.12 Inclusión de asegurados método por día	208

9.	Base legal o normativa.....	211
----	-----------------------------	-----

Tablas

Tabla 1	Costos adicionales	179
Tabla 2	Asiento contable producción nueva.....	192
Tabla 3	Asiento contable aplicación tributaria.....	192
Tabla 4	Asiento contable reserva riesgo en curso	193
Tabla 5	Asiento contable capitales asegurador	193

Ecuaciones

Ecuación 1	Prima de riesgo	178
Ecuación 2	Prima técnica.....	179
Ecuación 3	Prima tarifa.....	180
Ecuación 4	Prima total	180
Ecuación 5	Prima adicional	181
Ecuación 6	Prima total	181
Ecuación 7	Prima total grupal	181
Ecuación 8	Prima técnica.....	202

Introducción 01

1.1 Antecedentes

1.2 Objetivo

1.3 Alcance

1.4 Glosario de términos

1.1 Antecedentes

El seguro de vida ofrece protección financiera a los beneficiarios designados en caso de fallecimiento del asegurado. Este tipo de seguro cubre el riesgo de muerte, brindando un capital asegurado o renta a los beneficiarios cuando se produce el deceso del titular de la póliza, siempre y cuando el evento no haya sido causado intencionalmente ni por actos de negligencia grave por parte del asegurado, tomador o de los beneficiarios. Además, en algunas modalidades de seguros de vida, se puede incluir cobertura por invalidez total y permanente o enfermedades graves, garantizando apoyo económico ante situaciones imprevistas que afecten la vida del asegurado.

1.2 Objetivo

El objetivo de este documento es proporcionar una visión integral y detallada sobre los seguros de vida, tanto en su modalidad individual como colectiva. Se abordarán los principios fundamentales de estos seguros, las garantías que ofrecen, y las normativas aplicables. Este informe tiene como finalidad informar a los lectores sobre el funcionamiento de los seguros de vida, destacando su importancia como herramienta clave en la planificación financiera y la protección familiar. Se explicarán las características del seguro, las coberturas disponibles y los beneficios para los beneficiarios en caso de fallecimiento o situaciones de invalidez.

1.3 Alcance

El presente documento tiene como objetivo proporcionar un conocimiento detallado sobre los seguros de vida en sus modalidades individual y colectiva. Se abordarán las normativas, leyes, resoluciones administrativas y reglamentos específicos que regulan la comercialización y operación de estos seguros.

El propósito es ofrecer una comprensión exhaustiva de las disposiciones legales aplicables, describir los procesos administrativos involucrados en la gestión y contratación de los seguros de vida, y presentar ejemplos prácticos que faciliten su implementación. Se busca asegurar una correcta interpretación y cumplimiento de las normativas vigentes, garantizando que las partes involucradas en la adquisición y administración de estos seguros estén plenamente informadas y alineadas con los requisitos legales, técnicos y comerciales aplicables.

1.4 Glosario de términos

Accidente	Suceso externo, súbito, imprevisto, fortuito, violento e involuntario que resulta en daño físico o perturbación funcional al asegurado, sin que sea causado intencionalmente.
Asegurado	Persona física cubierta por la póliza de seguro de accidentes personales, que recibe protección frente a eventos accidentales conforme a los términos el seguro.
Beneficiario	Persona designada en la póliza por el asegurado para recibir los beneficios financieros o compensaciones en caso de que ocurra un siniestro cubierto por el seguro.
Entidad aseguradora	Entidad aseguradora legalmente constituida en Bolivia que asume el riesgo y proporciona cobertura según los términos establecidos en la póliza.
Tomador	Persona física o jurídica que contrata el seguro. Es responsable de suscribir la póliza y de cumplir con el pago de las primas correspondientes. Aunque el tomador no siempre es el asegurado (la persona cubierta por la póliza), sí es quien establece el contrato con la compañía aseguradora y se encarga de gestionar cualquier aspecto relacionado con la póliza, como las modificaciones o la renovación.

Gestión integral del producto 02

2.1 Elaboración de la nota técnica

2.2 Registro de pólizas, anexos y cláusulas

2.1 Elaboración de la nota técnica

La nota técnica forma parte de un procedimiento estándar que se aplica a todos los seguros de personas y es un documento clave en el ámbito de los seguros que detalla la estructura financiera y actuarial de un producto de seguro. Su propósito es justificar las tarifas, beneficios y condiciones de una póliza, fundamentado en principios técnicos y matemáticos (para mayor información, véase el apartado “Elaboración de la nota técnica”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, vol. 1).

En seguros de personas, la nota técnica suele incluir:

- **Descripción del producto:** Características generales de la póliza, como coberturas, exclusiones y duración del seguro.
- **Bases técnicas:** Supuestos sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, siniestralidad y comportamiento de los asegurados.
- **Cálculo de primas:** Metodología para determinar el monto de la prima, que incluye el costo puro de riesgo, gastos administrativos, margen de seguridad y rentabilidad (para el cálculo de la prima durante la elaboración de la nota técnica, véase apartado “Estructura de la prima”, en este documento).

- **Provisión de reservas técnicas:** Detalle de cómo se establecerán las reservas para garantizar el cumplimiento futuro de las obligaciones con los asegurados.
- **Revisión y ajustes:** Mecanismos para ajustar primas o beneficios según la experiencia de siniestralidad o cambios en los supuestos técnicos.

Este documento es evaluado por las autoridades regulatorias (como la APS en Bolivia) para asegurar que los productos ofrecidos por las aseguradoras sean viables y justos tanto para los asegurados como para las empresas aseguradoras.

2.2 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios

El registro de pólizas, anexos y cláusulas es un proceso general aplicable a todos los seguros de personas. Este procedimiento asegura que cada póliza, junto con sus anexos y cláusulas adicionales, cumpla con las normativas legales y regulatorias establecidas. Su correcta gestión garantiza transparencia y protección tanto para el asegurado como para la aseguradora.

En este registro se incluyen:

- **Pólizas:** El documento principal que formaliza el contrato entre el asegurado y la aseguradora, estableciendo las coberturas, primas, condiciones y exclusiones.
- **Anexos:** Modificaciones o adiciones a la póliza original que pueden alterar aspectos como coberturas o condiciones específicas.
- **Cláusulas:** Condiciones adicionales que ajustan o complementan los términos del seguro, ya sea limitando o ampliando las obligaciones y derechos de las partes involucradas.
- **Formularios:** Documentos estandarizados utilizados por las compañías aseguradoras para recabar, registrar o formalizar información relacionada con una póliza de seguros.

(Para mayor información, véase el apartado “Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Cotización 03

3.1 Clasificación de seguros de vida

3.2 Cobertura

3.3 Estructura de la prima

3.1 Clasificación de seguros de vida

Con el propósito de brindar un mayor entendimiento sobre la naturaleza y alcance de esta línea de productos, se presenta a continuación una clasificación de los seguros de vida.

Según su naturaleza

- Seguro en caso de muerte
- Seguro en caso de vida
- Seguros mixtos

Ramos de seguros APS

Vida largo plazo y corto plazo

- Rentas
- Defunción o sepelio

Vida en grupo corto plazo

- Desgravamen hipotecario

Sin embargo, el contenido de este texto se enfoca en el ramo de seguros de vida individual y grupal de corto plazo.

3.2 Coberturas

Los seguros de vida cubren el riesgo relacionado con la supervivencia o fallecimiento de una persona, garantizando que la aseguradora brinde una prestación económica si ocurre el evento asegurado dentro del plazo estipulado en la póliza.

El riesgo cubierto por el seguro es homogéneo pero variable, ya que la probabilidad de fallecimiento incrementa con la edad del asegurado. Por ello, el costo de la prima se ajusta conforme a estos factores de riesgo a lo largo del tiempo. Las coberturas de los seguros de vida son las que se detallan a continuación.

3.2.1 Muerte por cualquier causa

La cobertura de fallecimiento es un componente esencial de una póliza de seguro de vida, ya que garantiza que, en caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia de la póliza, se pagará un capital asegurado a los beneficiario designados en el contrato.

Su principal objetivo es ofrecer protección financiera a la familia o dependientes del asegurado, permitiéndoles afrontar gastos inmediatos, como deudas, hipotecas y otros costos relacionados con el fallecimiento.

La compañía aseguradora se compromete a pagar al beneficiario la suma asegurada estipulada en la póliza como consecuencia del riesgo de muerte por cualquier causa, salvo las exclusiones mencionadas en las condiciones generales, siempre que el seguro este vigente en el momento del siniestro.

Esta cobranza es obligatoria y debe formar parte de cualquier cotización, siendo el valor asegurado el que se le asigne a la póliza, mientras que las coberturas complementarias serán proporcionales. Una vez ocurrido el fallecimiento del asegurado, la póliza quedará sin validez, dado que el riesgo principal ya tuvo efecto.

La probabilidad de fallecimiento no es uniforme, pues depende fundamentalmente de la edad, el sexo, el estado de salud, los antecedentes familiares, la situación sanitaria, el medio ambiente e incluso costumbres del país y la profesión específica.

3.2.2 Coberturas adicionales

Doble indemnización por muerte accidental

En el contexto de la inducción a los seguros, es importante destacar que se pagará al beneficiario la suma asegurada estipulada en la póliza en caso de muerte accidental del asegurado. Esta cobertura complementaria está sujeta a ciertas exclusiones señaladas en los documentos de la póliza, y es esencial que ambas coberturas (la principal de muerte por cualquier causa y la complementaria) se encuentren vigentes al momento del siniestro. Cabe mencionar que el reembolso no podrá superar el 100% de la suma asegurada de la cobertura principal, considerando este monto como un adicional.

Invalidez total y permanente

Otro aspecto crucial de la inducción a los seguros es la cobertura de invalidez total y permanente. Se debe verificar dictamen médico y cumplimiento de criterios de irreversibilidad y pérdida mayor o igual al 60 por ciento ($\geq 60\%$) debido a un accidente o enfermedad, lo que le impide realizar cualquier actividad lucrativa. Esta condición debe estar certificada médicamente y es importante señalar que no se excluyen otras causas de invalidez que puedan ser relevantes.

Desmembramiento

Dentro del marco de la inducción a los seguros, también se contempla la cobertura por desmembramiento. En este caso, se pagará al beneficiario la suma asegurada estipulada en la cobertura complementaria, de acuerdo con la tabla de pérdidas y porcentajes que se presente. Esta cobertura será aplicable siempre que ambas coberturas estén vigentes al momento del accidente. La pérdida funcional se define como la ausencia total, permanente e irreversible de la capacidad funcional de un órgano o miembro del cuerpo.

PÉRDIDA TOTAL DE:	%
Los dos ojos	100%
Los dos miembros superiores (brazos)	100%
Las dos manos	100%
Los dos miembros inferiores (piernas)	100%
Los dos pies	100%
Un miembro inferior (pierna) y una mano o un brazo	100%
Uno de los miembros superiores (brazos)	50%
Uno de los miembros inferiores (piernas)	50%
Una de las manos	50%
Por la pérdida total de un pie	50%
Por la sordera completa de ambos oídos	50%
Por la sordera completa de un oído	25%
Por la ceguera total de un ojo	35%
Por la pérdida total de un pulgar, de la mano	20%
Por la pérdida total de un pulgar, del pie	10%
Por la pérdida total del índice derecho o izquierdo	15%
Por la pérdida total de cualquier de los demás dedos de la mano	5%
Por la pérdida total de un dedo del pie	3%

Este proceso de calificar es realizado por:

- INSO: Instituto Nacional de Salud Ocupacional.
- EEC: Entidad Encargada de Calificar.
- Médicos autorizados por la APS.

Cobertura de gastos por sepelio

La cobertura de gastos por sepelio es una protección que ofrece el seguro para ayudar a cubrir los gastos relacionados con el funeral de la persona asegurada, en caso de fallecimiento por cualquier causa. Esto significa que, si la persona asegurada fallece mientras la póliza está vigente, el seguro pagará al beneficiario el monto establecido en el contrato, siempre que no se presenten exclusiones que limiten esta cobertura.

Importante:

La cantidad que se pagará por gastos de sepelio no puede ser mayor al 25% del total asegurado en la cobertura de muerte accidental. Si el monto a pagar supera este porcentaje, el caso deberá ser evaluado por el equipo técnico de la aseguradora.

En situaciones especiales, cuando se requiera una cotización que defina condiciones particulares para el pago de siniestros, será necesario coordinar con el equipo de atención de siniestros y el área técnica de la aseguradora

3.2.3 Límites de edades en la póliza de vida

El límite de edad se refiere a la franja etaria establecida por la aseguradora dentro de la cual un individuo puede contratar y mantener la cobertura del seguro. Este límite define la edad mínima y máxima en la que un solicitante puede ser aceptado para la póliza. El límite de edad es importante ya que puede influir en la evaluación del riesgo y en las condiciones de la cobertura ofrecida, y suele variar según el tipo de seguro y la aseguradora. Cabe señalar que la presente información ha sido elaborada con base en la recopilación de múltiples pólizas de seguros; sin embargo, la determinación de los límites de edad corresponde exclusivamente a cada entidad aseguradora, conforme a sus criterios técnicos y normativos.

Ingreso (18-70 años):

- **18 años:** Es la edad mínima para contratar una póliza de seguro de vida. A partir de esta edad, los individuos generalmente se consideran lo suficientemente maduros para tomar decisiones financieras, y es probable que tengan personas dependientes o responsabilidades que justificarían un seguro de vida.
- **70 años:** Éste es el límite máximo para ingresar a la póliza. Si una persona supera esta edad, es probable que la aseguradora evalúe el riesgo de muerte prematura o eventos de salud adversos, que son más comunes en personas mayores.

Permanencia (hasta 75 años):

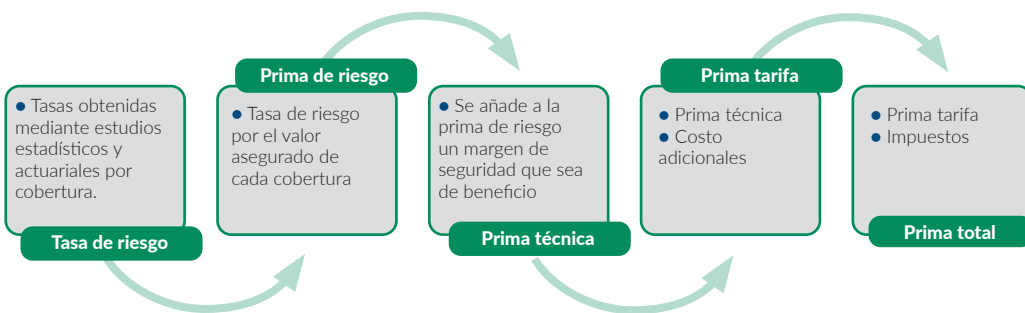
- **75 años:** Éste es el límite máximo para la permanencia en la póliza. Una vez que un asegurado alcanza esta edad, ya no se le permitirá mantener la póliza, aunque haya ingresado antes de los 70 años. Esto se debe a que, en general, el riesgo de muerte y de enfermedades graves aumenta significativamente en esta etapa de la vida, lo que podría resultar en un mayor número de reclamaciones.

Póliza de vida		
Límite de edades	Ingreso años	Permanencia años
Muerte por cualquier causa	18-70	75
Doble indemnización por muerte adicional	18-70	75
Sepelio	18-70	75
Para las coberturas de invalidez total y permanente desmembramiento y enfermedades	18-70	75

3.3 Estructura de la prima

Se sugiere que se realice la estructura de la prima de la siguiente manera (véase el apartado “Estructura de la prima”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Ilustración 1
Estructura de la prima



3.3.1 Tasa de riesgo

La tasa de riesgo (TR) se determina mediante un cálculo actuarial que considera varios factores, como la frecuencia esperada de los siniestros y el costo promedio de los reclamos. Es crucial para las aseguradoras establecer tasas de riesgo precisas y adecuadas, ya que éstas determinan el precio de la prima que cobran a los asegurados. Una tasa de riesgo demasiado baja puede llevar a pérdidas financieras si los reclamos exceden las reservas, mientras que una tasa demasiado alta puede resultar en primas no competitivas y pérdida de clientes.

Este valor de la tasa de riesgo será determinado por la oficina técnica correspondiente. El valor de la tasa de riesgo por cobertura puede variar dependiendo a la cartera con la que se trabaje.

3.3.2 Prima de riesgo

Ésta representa la parte del pago que cubre el costo real de la protección que ofrece la aseguradora. En otras palabras, es el dinero que la compañía necesita para hacer frente a los posibles siniestros que puedan ocurrir y para los que el asegurado está cubierto.

Ecuación 1 Prima de riesgo

$$PR = (TR_i * VA_i) + (TR_j * VA_j) + (TR_k * VA_k) + \dots + (TR_n * VA_n)$$

Donde:

PR: Prima de riesgo

TR_i: Tasa de riesgo por cobertura, muerte o fallecimiento

TR_j: Tasa de riesgo por cobertura, incapacidad total y permanente

TR_k: Tasa de riesgo por cobertura de gastos médicos

TR_n: Tasa de riesgo por cobertura adicional a la póliza, puede ser gastos de sepelio u otra cobertura con respecto a la labor del asegurado

VA_i: Valor asegurado por cobertura de muerte o fallecimiento

VA_j: Valor asegurado por cobertura de incapacidad total y permanente

VA_k: Valor asegurado por cobertura de gastos médicos

VA_n: Valor asegurado por cobertura adicional a la póliza, puede ser gastos de sepelio u otra cobertura con respecto a la labor del asegurado

Cabe mencionar que las coberturas pueden variar dependiendo a lo solicitado por el asegurado ya sea en una póliza de accidentes personales individual o en una póliza de accidentes personales grupal.

3.3.3 Prima técnica

Esta prima incluye no sólo el valor actuarial estimado del riesgo (conocido como prima de riesgo), sino también un margen de seguridad o carga de seguridad, destinado a compensar posibles desviaciones estadísticas, incertidumbre en la estimación de siniestros futuros, y variaciones adversas en la siniestralidad.

Ecuación 2 Prima técnica

$$PTec=PR*(1+\delta)$$

Donde:

PTec: Prima técnica

PR: Prima de riesgo

δ : Margen de seguridad

3.3.4 Prima tarifa

Para poder calcular la prima tarifa se debe considerar como el cociente entre el valor de la prima técnica dividido entre uno (1), menos los costos adicionales.

Costos adicionales:

Los costos adicionales llegan a ser la suma de tasa de regulación, fondo de protección al asegurado, comisiones, costos de producción, gastos administrativos y utilidad.

Tabla 1
Costos adicionales

<i>TREG</i>	1%
<i>FPA</i>	2,5‰
<i>Com</i>	$X\% \leq Com \leq X\%$
<i>CP</i>	$X\% \leq CP \leq X\%$
<i>GA</i>	$X\% \leq GA \leq X\%$
<i>UT</i>	$Min\% \leq GA \leq Max\%$

Considerando la sumatoria de los costos adicionales, la fórmula se determina de esta forma:

Ecuación 3 *Prima tarifa*

$$PT = \frac{PTec}{1 - (TREG+FPA+Com+CP+GA+UT)}$$

Donde:

PT: Prima de tarifa

PTec: Prima de riesgo

TREG: Tasa de regulación

FPA: Fondo de protección al asegurado

Com: Comisiones

CP: Costos de producción

GA: Gastos administrativos

UT: Utilidad

3.3.5 Prima total

Se la define como la prima tarifa más impuestos, siendo está el costo final para el asegurado.

Considerando que los seguros de vida son exentos de impuestos, la sumatoria del IVA + IT llega a ser cero (0) dejando el valor de impuestos $IMP = 1+0$.

Ecuación 4 *Prima total*

$$PTT = PT * IMP$$

Donde:

PTT: Prima de total

PT: Prima tarifa

IMP: Impuestos= 1+0

3.3.6 Prima adicional

Este valor es la sumatoria de los costos adicionales multiplicado por la prima tarifa.

Ecuación 5 Prima adicional

$$PA = (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT) * PT$$

Donde:**PT:** Prima de tarifa**PA:** Prima adicional**TREG:** Tasa de regulación**FPA:** Fondo de protección al asegurado**Com:** Comisiones**CP:** Costos de producción**GA:** Gastos administrativos**UT:** Utilidad**3.3.7 Composición de la prima**

Una vez las variables están determinadas y ordenadas, es posible definir la composición de la prima:

Ecuación 6 Prima total**3.3.8 Prima grupal**

Para el cálculo de la prima grupal la normativa es ambigua dejando a la entidad aseguradora realizar sus propias políticas respecto al cálculo de la misma.

Considerando que el cálculo sea para póliza grupal, se debe multiplicar la prima total por la cantidad de asegurados.

Ecuación 7 Prima total grupal

$$PTG = PTT * Cant.$$

Donde:**PTG:** Prima total grupal**PTT:** Prima total.**Cant:** Cantidad de asegurados

Suscripción y emisión

04

4.1 Evaluación del riesgo

4.2 Póliza del seguro

4.3 Beneficiario

4.1 Evaluación del riesgo

“Son seguros que cubren los riesgos que impactan la vida o integridad de las personas naturales, protegiendo su existencia frente a eventos como el fallecimiento o la invalidez”.
(Ley N.º 1883, Artículo 5).

Los seguros de vida son pólizas diseñadas para proporcionar protección financiera en caso de fallecimiento del asegurado. Al ocurrir este evento, se entrega un capital asegurado a los beneficiarios designados, con el fin de cubrir gastos y mantener la estabilidad económica.

Estos seguros tienen una vigencia de un año, con posibilidad de renovación anual. Esta característica permite a los asegurados ajustar su cobertura según sus necesidades y circunstancias cambiantes.

- **Protección de beneficiarios:** El objetivo principal es garantizar la seguridad financiera de los beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.
- **Flexibilidad:** Existen diversas opciones y riders (coberturas adicionales) que se pueden añadir según las necesidades del asegurado, como cobertura por enfermedades críticas o exención de primas por discapacidad.
- **Renovación anual:** La póliza se puede renovar cada año, permitiendo ajustes en la cobertura y primas según las circunstancias del asegurado.
- **Cobertura grupal:** Facilita la gestión y puede ofrecer tarifas más competitivas para grupos grandes.

4.1.1 Tipos de seguros de vida

- **Individual:** Proporciona cobertura a una sola persona, ofreciendo una protección personalizada y específica.
- **Grupal:** Ofrece cobertura a un grupo de personas, como empleados de una empresa o miembros de una organización. Suele ser más económico y fácil de gestionar para grandes grupos.

4.1.2 Criterios de clasificación del riesgo para el seguro de vida

- **El grupo de población:** Fundamentalmente, el país o zona continental en donde se dan determinadas circunstancias sanitarias y de longevidad.
- **La edad:** Es el factor más influyente en la probabilidad de muerte o supervivencia.
- **El sexo:** Hay que considerar factores como que la mortalidad del sexo femenino es menor que la del masculino.
- **El estado de salud del individuo:** Cabe considerar la normalidad con respecto a la población general o el padecimiento de enfermedades, que califican al riesgo como anormal.
- **Algunos hábitos específicos:** Por ejemplo, el hábito del tabaquismo conlleva posibilidades de fallecimiento diferenciadas, más altas para personas fumadoras.

4.1.3 Tabla de mortalidad

Una tabla de mortalidad, basada en la experiencia de mortalidad humana, indica cuántas personas sobreviven a cada edad en un determinado grupo. El número de sobrevivientes disminuye con los fallecimientos, lo que permite calcular la probabilidad de morir en cada etapa de la vida. Con el envejecimiento global, estas tablas serán cada vez más relevantes.

Generalmente, se construyen para un grupo cerrado, considerando sólo la edad como variable principal.¹

Bolivia:
Esperanza de vida al nacer

Fecha	Mujeres	Hombres	Esperanza de vida
2022	67,91	62,27	64,93
2021	66,80	60,88	63,63
2020	67,84	61,56	64,47
2019	70,48	65,37	67,84
2018	70,38	65,28	67,75
2017	70,35	65,23	67,70
2016	70,26	65,17	67,63
2015	69,91	64,90	67,32
2014	69,77	64,74	67,16
2013	69,66	64,57	67,02
2012	69,31	64,29	66,71
2011	69,09	64,16	66,53
2010	68,69	63,82	66,16
2009	68,36	63,58	65,88
2008	67,86	63,21	65,45
2007	67,35	62,86	65,03
2006	67,11	62,61	64,78
2005	66,68	62,25	64,39
2004	66,24	61,92	64,00
2003	65,98	61,46	63,64
2002	65,56	61,21	63,31
2001	64,99	60,84	62,84
2000	64,39	60,42	62,35

4.2 Póliza del seguro

4.2.1 Portada

Para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Portada” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

4.2.2 Condicionado general

¹ Pérez Torres, *op. cit.*, p. 140.

Para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Condicionado general” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

4.2.3 Condicionado particular

Para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Condicionado particular” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

4.2.4 Ramos dentro de seguros de vida

El seguro de accidentes personales proporciona protección financiera ante eventos imprevistos que resulten en daños físicos al asegurado. Ofrece indemnizaciones o pagos a los beneficiarios en caso de fallecimiento o invalidez del asegurado debido a un accidente, así como cobertura para gastos médicos y otros costos relacionados con el accidente.

Dentro de este ramo se cuenta con dos tipos de seguros:

Seguro de vida individual anual

Este seguro ofrece protección al asegurado por un año y se renueva anualmente, proporcionando una cobertura económica en caso de fallecimiento. Garantiza el pago del capital asegurado a los beneficiarios, lo que permite ofrecer estabilidad financiera ante la pérdida del asegurado. Algunas pólizas pueden incluir coberturas adicionales, como beneficios por invalidez total o gastos médicos relacionados, según lo estipulado en la póliza.

Seguro de vida grupal anual

Este tipo de seguro está diseñado para brindar protección a un grupo de personas, generalmente empleados o miembros de una organización, por un periodo de un año, renovable anualmente. En caso de fallecimiento de algún integrante del grupo, se paga la suma asegurada a sus beneficiarios. Además de la cobertura básica por muerte, el seguro grupal puede incluir otras coberturas como invalidez, gastos médicos o sepelio, ofreciendo una protección integral y colectiva a todos los miembros del grupo.

Ambos tipos de seguros están sujetos a las condiciones establecidas en el condicional general de la póliza de seguro de vida (individual-grupal) anual renovable.

4.2.5 Cobertura

Son los beneficios específicos y los riesgos que la póliza garantiza proteger frente a eventos accidentales. Estas coberturas definen el alcance de la protección ofrecida, como la indemnización por muerte accidental, invalidez total o parcial permanente, gastos médicos y otros costos asociados al accidente. Las coberturas establecen las condiciones bajo las cuales se realizará el pago de beneficios al asegurado o a sus beneficiarios, dependiendo del tipo y la gravedad del siniestro.

Ilustración 2 Coberturas seguro de vida individual anual

Dentro de esta póliza podemos resaltar:



Muerte por cualquier causa

Gastos de sepelio



Ilustración 3
Coberturas seguro de vida grupal anual

Como parte de esta póliza cabe resaltar:



Muerte por cualquier causa

Indemnización por muerte accidental



Gastos de sepelio

Invalidez total y permanente



4.2.6 Beneficiario

Los beneficiarios son las personas o entidades designadas para recibir los pagos o indemnizaciones estipulados en la póliza en caso de un siniestro cubierto, como la muerte o invalidez del asegurado. La designación debe ser formalizada en la póliza y puede ser modificada por el asegurado o tomador del seguro.

El asegurado tiene el derecho personal e intransferible de designar y revocar a sus beneficiarios de este seguro, así como fijar las sumas en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, siendo individualizada en los certificados individuales de la póliza.

Si ningún beneficiario sobreviviere al asegurado, el capital asegurado se pagará a los herederos legales del asegurado.

El asegurado podrá cambiar de beneficiario cuantas veces lo desee mediante carta a la entidad aseguradora y rescisión del original del certificado individual del seguro.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario la entidad aseguradora pagará al último beneficiario que tenga conocimiento, la entidad aseguradora quedará libre de las obligaciones contratadas en la póliza.

4.2.7 Designación de beneficiarios

El asegurado tiene derecho de designar y modificar a sus beneficiarios durante la vigencia de la póliza.

Si se designan múltiples beneficiarios y no se especifican proporciones, se asumirá una división equitativa.

La aseguradora mantendrá en reserva la designación de beneficiarios hasta el fallecimiento del asegurado o una orden judicial.

En caso de fallecimiento sin beneficiarios designados, el capital asegurado será pagado a los herederos legales.

El cambio de beneficiarios surtirá efecto una vez se notifique formalmente a la aseguradora y se reciba confirmación mediante registro y sello de recepción.

Coberturas seguro de vida individual anual

- Muerte por cualquier causa
Beneficiarios herederos legales
- Gastos de sepelio
Beneficiarios herederos legales

Seguro de vida grupal anual

- Muerte por cualquier causa
Beneficiarios elegidos por el asegurado o herederos legales
- Doble indemnización por muerte accidental
Beneficiarios elegidos por el asegurado o herederos legales
 - Gastos de sepelio
Beneficiarios elegidos por el asegurado o herederos legales
- Invalidez total y permanente por accidente
Beneficiarios elegidos por el asegurado o herederos legales

4.2.8 Tomador

Aplicado a seguros de vida grupal. Un tomador de seguro actúa como representante del grupo. Se emite una única póliza a nombre del tomador, y a cada persona asegurada se le entrega un certificado de cobertura individual que acredita su protección bajo la póliza de accidentes personales en grupo.

4.2.9 Certificado individual de cobertura

En una póliza de vida grupal, que cubre a múltiples asegurados, la entidad aseguradora está obligada a emitir, además de la póliza general, un certificado individual a favor de cada asegurado, confirmando la existencia y validez de la cobertura.²

4.3 Anulación e inclusión de asegurados

² Pérez Torres, *op. cit.*, p. 94.

Para la anulación de una póliza de seguros contra accidentes personales o de un certificado de una póliza de accidentes personales grupal, podemos usar el método de cancelación a corto plazo o anulación (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Inclusión y anulación” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

5.1 Cobranzas

5.2 Contabilidad

5.3 Reaseguro

5.4 Reservas de riesgo en curso

5.5 Inversiones

5.1 Cobranzas

La gestión de cobranzas en seguros de personas es fundamental para asegurar el flujo de ingresos y la estabilidad financiera de la aseguradora. Este proceso incluye varios pasos clave: desde la identificación y clasificación de deudas, hasta la comunicación con los deudores, la oferta de planes de pago flexibles y el seguimiento riguroso de las cuentas pendientes. En casos de morosidad persistente, se recurre al escalamiento a departamentos especializados o agencias externas. Finalmente, la mejora continua del proceso asegura la adaptación a nuevas circunstancias y optimiza la eficiencia en la recuperación de deudas.

5.2 Contabilidad

5.2.1 Producción nueva

Corresponde al proceso en el cual un cliente adquiere por primera vez una póliza de este tipo, sin haber estado previamente asegurado bajo esta cobertura. Esto implica que es la primera vez que el cliente obtiene protección frente a riesgos como muerte u otros atinentes a este tipo de seguro.

Tabla 2
Asiento contable producción nueva

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.42	1.02.011.93.42.01	PRIMA POR COBRAR	0000,00	
4.01.011.93.42	4.01.011.93.42.01.02	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE		0000,00
4.01.041.93.42	4.01.041.93.42.01	PRIMA TÉCNICA		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.42	PRIMAS ADICIONALES		0000,00
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.42	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	0000,00	
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.42	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		0000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.02.42	APORTE MENSUAL APS	0000,00	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.42	APORTE TRIMESTRAL FPA	0000,00	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.02	APORTE MENSUAL APS		0000,00
5.08.011.93.42	5.08.011.93.42.01	APORTE TRIMESTRAL FPA		0000,00
2.04.011.93.42	2.04.011.93.42.01	CONSTITUCIÓN RRC VÍA/VGA M.N.		0000,00
1.02.011.93.42	1.02.011.93.42.01	SALDO RRC API/APG M.N.	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.2 Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada)

Emisión de un documento complementario a la póliza principal, el cual puede aplicarse tanto a una venta nueva como a una renovación, según corresponda, para modificar o ampliar las coberturas originales del seguro de accidentes personales.

Tabla 3
Asiento contable aplicación tributaria

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.42	1.02.011.93.42.01	PRIMA POR COBRAR		0000,00
1.01.011.01.01	1.01.011.01.01.42	DISPONIBLE CAJA	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.3 Transacción

Esta transacción refleja el registro del cobro de una prima de seguro por parte de la empresa. Al cobrarse la prima, se disminuye el saldo en la cuenta de prima por cobrar y se incrementa el efectivo disponible en la cuenta de caja. Este movimiento contable asegura que los activos estén correctamente representados, mostrando tanto la reducción en las cuentas por cobrar como el aumento de la liquidez disponible en la empresa.

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.42	1.02.011.93.42.01	PRIMA POR COBRAR		220,00
1.01.011.01.01	1.01.011.01.01.42	DISPONIBLE CAJA	220,00	
			220,00	220,00

5.2.4 Reservas de riesgo en curso

Estas reservas registran los fondos destinados a cubrir posibles siniestros futuros derivados de las pólizas en vigor. La reserva de riesgo se calcula con base en la estimación de las obligaciones que la compañía deberá enfrentar por los riesgos asumidos, garantizando así que dispone de los recursos necesarios para cumplir con sus compromisos frente a los asegurados en caso de que ocurra un evento cubierto por la póliza.

Tabla 4
Asiento contable reserva riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.42	2.04.011.93.42.01	SALDO RRC API/APG M.N.	0000,00	
4.08.011.93.42	4.08.011.93.42.01	LIBERACIÓN RRC API/APG M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.5 Capitales asegurados a fin de vigencia

Se refiere al valor total de las sumas aseguradas al momento en que la póliza alcanza el término de su vigencia, en este caso, el 31/12/2024. Este valor representa la cobertura máxima que la aseguradora mantiene para los asegurados hasta esa fecha.

Tabla 5
Asiento contable capitales asegurador

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.42	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.42	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.3 Reaseguro

El reaseguro es un mecanismo mediante el cual una aseguradora (conocida como “cedente”) transfiere parte de su riesgo a otra aseguradora (llamada “reaseguradora”). Este proceso permite a las aseguradoras gestionar su exposición al riesgo, aumentar su capacidad de suscripción y protegerse contra pérdidas significativas que puedan surgir de siniestros. Al diversificar los riesgos entre múltiples entidades, el reaseguro contribuye a la estabilidad financiera del mercado asegurador en su conjunto.

El funcionamiento del reaseguro implica que la aseguradora original paga una prima a la reaseguradora a cambio de cobertura sobre una parte de sus riesgos. En caso de que se produzca un siniestro, la reaseguradora asume la responsabilidad de indemnizar a la aseguradora cedente según los términos del contrato de reaseguro. Existen diferentes tipos de reaseguro, como el reaseguro proporcional, donde se comparte una proporción del riesgo y las primas, y el reaseguro no proporcional, donde la reaseguradora sólo paga por pérdidas que superan un límite específico (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Reaseguros” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

5.4 Reservas de riesgo en curso

Se aplicará el método de los veinticuatroavos para seguros con cobertura de un año; método descrito en el apartado “Reservas de riesgo en curso” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

5.5 Inversiones

La gestión de inversiones en seguros de personas es un procedimiento genérico que no se desarrolla de manera específica para cada ramo de seguros. Este proceso se enfoca en maximizar la rentabilidad, asegurar la liquidez y garantizar la seguridad de los fondos administrados. Las inversiones se realizan a partir de las reservas técnicas, el margen de solvencia y las retenciones a reaseguradores, siempre bajo la supervisión de la autoridad reguladora (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Inversiones” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Siniestro 06

6.1 Atención e indemnización de siniestros

6.2 Reservas técnicas para siniestros

El procedimiento para la atención de siniestros ha sido detallado previamente en el apartado “Siniestros”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1. Para el caso particular de seguros de accidentes personales, tanto individuales como grupales, se reforzarán y aclararán ciertos puntos específicos dentro de dicho procedimiento.

6.1 Atención e indemnización de siniestros

En caso de fallecimiento o invalidez del asegurado, el asegurado, los beneficiarios o el tomador deben notificar a la entidad aseguradora dentro de los 3 días de haber tenido conocimiento del siniestro, el asegurador puede liberarse de sus obligaciones cuando el asegurado o beneficiario según el caso, omitan dar el aviso dentro del plazo establecido, con el fin de impedir la comprobación oportuna de del siniestro u de la magnitud de los daños.³

Excepciones:

En casos de fuerza mayor o impedimento justificado, el plazo puede extenderse. Si la entidad aseguradora o sus agentes intervienen en la comprobación del siniestro dentro del plazo mencionado, no se podrá alegar retardación u omisión en el aviso.

³ Resolución administrativa 504/2013.

6.1.1 Recolección de documentos

Dado que los seguros de vida no cuentan con una normativa específica aplicable, en la práctica, y de acuerdo con lo establecido en algunas pólizas, generalmente se solicita la presentación de los siguientes documentos. No obstante, la aseguradora, según lo considere necesario, podrá requerir documentación adicional o prescindir de alguno de los documentos que se detallan a continuación:

En caso de fallecimiento

- Certificado de defunción (legalizado si el fallecimiento ocurrió fuera del país).
- Certificado médico de causa de muerte.
- Certificado de médico forense (si aplica).
- Certificado de la autoridad competente (si aplica).
- Certificado de nacimiento del asegurado.
- Certificado de nacimiento o carnet de Identidad de los beneficiarios.
- Declaratoria de herederos (si no hay beneficiarios designados).
- Certificado individual de seguro (original o copia).

En caso de invalidez total y permanente

- Informe médico detallado sobre el origen, desarrollo y consecuencias de la enfermedad o lesión causante de la invalidez.
- Declaración médica del grado de invalidez.
- Certificado de autoridad competente (si aplica).
- Certificado de nacimiento del asegurado.
- Certificado de nacimiento o carnet de identidad de los beneficiarios.
- Certificado individual de seguro (original o copia).

6.1.2 Fallecimiento presunto

Esta figura legal se utiliza cuando una persona ha desaparecido en circunstancias que hacen suponer su muerte, pero no se ha encontrado el cuerpo o no se puede confirmar el fallecimiento de manera inmediata. Para declarar el fallecimiento presunto, es necesario que transcurra un determinado tiempo desde la desaparición o que existan circunstancias especiales, como accidentes o desastres naturales, donde se pueda inferir razonablemente que la persona ha fallecido.

Este tipo de fallecimiento requiere una resolución judicial que declare oficialmente la muerte presunta, permitiendo así a los familiares o beneficiarios del desaparecido realizar trámites legales, como reclamar seguros o herencias, que de otra manera estarían bloqueados hasta confirmarse la muerte real.⁴

6.1.3 Decisión sobre el siniestro

La aseguradora tiene hasta 30 días para pronunciarse tras recibir la documentación completa. Dentro de este plazo tanto para las modalidades grupal e individual en caso de solicitar documentos complementarios, se pueden realizar hasta dos solicitudes adicionales antes de emitir una decisión final.

6.1.4 Pago de la indemnización

Si se acepta la cobertura, el pago se realizará dentro de los 15 días posteriores a la aceptación.

6.1.5 Prescripción

Los beneficios de este seguro prescriben en 5 años a favor del Estado, a partir del momento en que el beneficiario tenga conocimiento de su derecho.

6.2 Reservas técnicas para siniestros

La APS no brinda una normativa en la cual indique qué reservas se debe considerar y cómo se debe calcular cada reserva de siniestros. Sin embargo, dentro del Plan Único de Cuentas que brinda la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) se evidencia si la submodalidades del seguro cuentan con reservas técnicas:

- Ocurridos y no reportados (Cuenta N.º 205.01M.93.42)
- Reclamados por liquidar (Cuenta N.º 205.02M.93.42)
- Controvertidos (Cuenta N.º 205.03M.93.42)

Además de ello, el Plan Único de Cuentas establecido por la APS se contaría con las obligaciones técnicas:

- Siniestros por pagar (Cuenta N.º 202.01M.93.42)
- Siniestros en Mora (Cuenta N.º 202.03M.93.42)

Si se requiere información adicional al respecto, véase el apartado “Reservas para siniestros” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

⁴ Resolución administrativa 504/2013, Artículo 11.

Reportes 07

7.1 Reportes mensuales

7.1 Reportes mensuales

Con base en la Resolución administrativa 91 (punto primero), las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas deben remitir a la APS, de forma mensual y hasta el día 15 de cada mes, un archivo plano en formato ASCII con separador *pipe*, que contenga las bases de datos de las siguientes cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) (si se requiere información adicional respecto a las anulaciones, véase el apartado “Reportes”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Aplicación 08

8.1 Aplicación del seguro de vida individual anual

8.1 Aplicación del seguro de vida individual anual

En este apartado se mostrará la aplicación de los cálculos actuariales respecto a la póliza de seguros de vida individual anual.

8.1.1 Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado

Cobertura	Tasa de riesgo	Capital asegurado
Muerte por cualquier causa (A)	0,083195%	Bs. 70.000
Desmembramiento por accidente (B)	0,12719%	Bs. 35.000
Gastos de sepelio (C)	0,274291%	Bs. 6.000

Se debe recalcar que las tasas de riesgo pueden variar dependiendo del cliente a asegurar por las actividades a la que está expuesto; asimismo el capital asegurado puede variar dependiendo a solicitud del cliente.

8.1.2 Cálculo de la prima de riesgo

Para obtener la prima de riesgo, se debe calcular la prima de riesgo de manera individual por cobertura y realizar la sumatoria, lo cual dará como resultado la prima de riesgo total.

No se debe olvidar transformar el valor de la tasa de riesgo porcentual a su equivalente entero y multiplicarlo por el capital asegurado.

Cobertura	Tasa de riesgo		Capital asegurado		Prima de riesgo individual
Muerte por cualquier causa (A)	0,083195%	*	70.000	=	58,24
Desmembramiento por accidente (B)	0,12719%	*	35.000	=	44,52
Gastos de sepelio (C)	0,274291%	*	6.000	=	16,46
PRIMA DE RIESGO (A)+ (B)+ (C)					119,21

8.1.3 Prima técnica

Para obtener la prima técnica, se debe añadir un porcentaje a la prima de riesgo encontrada previamente. A continuación, se presenta un ejemplo:

Ecuación 8 Prima técnica

$$PTec = PR * (1+\delta)$$

$$PTec = 119,21 * (1 + 0,015)$$

$$PTec = 121,00$$

$$Prima\ técnica = 121,00$$

8.1.4 Prima tarifa

Costo Adicional	Sigla	Porcentaje establecido
Tasa de regulación	TREG	1,00%
Fondo de protección al asegurado	FPA	0,25%
Comisiones	Com	5,00%
Costos de producción	CP	14,00%
Gastos administrativos	GA	15,20%
Utilidad	UT	9,55%

En primera instancia se debe revisar los valores de los costos adicionales; cabe recalcar que estos valores pueden ser descritos en la nota técnica del presente seguro, así como también se puede verificar la teoría en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

Una vez determinada la prima técnica y los valores de los costos adicionales, se puede calcular la prima tarifa.

$$PT = \frac{PTec}{1 - (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT)}$$

Fórmula de la prima tarifa

$$PT = \frac{121,00}{1 - (0,01 + 0,0025 + 0,05 + 0,14 + 0,152 + 0,0955)}$$

Reemplazando valores

$$PT = \frac{121}{1 - (0,45)}$$

Operaciones matemáticas

$$PT = 220,00$$

Prima tarifa

8.1.5 Prima total

$$PTT = PT * IMP$$

Fórmula de la prima total

$$PTT = 220 * (1 + 0)$$

Reemplazo de valores

$$PTT = 220 * 1$$

Operaciones matemáticas

$$PTT = 220,00$$

Prima total

Cabe señalar que la prima total es el monto que el cliente paga a la aseguradora. Esta prima incluye tanto la cobertura del seguro como los impuestos establecidos por la ley.

8.1.6 Prima adicional

En este acápite se describe la fórmula para determinar el monto económico que corresponde a cada tasa adicional.

$$PA = (TREG + FPA + GA + CC + UT) * PT$$

Fórmula de la prima adicional, en el documento el apartado 3.5

$$PA = (0,01 + 0,025 + 0,05 + 0,14 + 0,152 + 0,0955) * 220,00$$

Reemplazando valores

$$PA = 0,45 * 220$$

Operaciones matemáticas

$$PA = 99,00$$

Prima adicional

Para finalizar este punto, una vez determinada la tasa adicional se procede a verificar el costo asociado a cada tasa adicional.

Sigla	Porcentaje establecido		Prima tarifa		Costos adicionales
TREG (A)	1%	*	220	=	2,2
FPA (B)	0,25%	*	220	=	0,55
Com (C)	5%	*	220	=	11,0
CP (D)	14%	*	220	=	30,8
GA (E)	15,2%	*	220	=	33,44
UT (F)	9,55%	*	220	=	21,012
PRIMA ADICIONAL (A)+(B)+(C)+(D)+(E)+(F)					99,00

8.1.7 Composición de la prima

$$PTT = PTec + PA + IMP$$

Fórmula de composición de la prima

$$PTT = 121 + 99 + 0$$

Reemplazo de valores

$$PTT = 220,00$$

Prima total

$$PT = PTec + PA$$

Fórmula de composición de la prima

$$PT = 121 + 99$$

Reemplazo de valores

$$PT = 220,00$$

Prima tarifa

$PTec = PT - PA$

Fórmula de composición de la prima

$PTec = 220 - 99$

Reemplazo de valores

$PTec = 121,00$

Prima técnica

8.1.8 En caso de ser póliza grupal

$PTG = PTT * Cant$

Cálculo de la prima total grupal

$PR = 220 * 5$

Reemplazo de valores

$PR = 1.100,00$

Prima total (Grupo de asegurados de 5 personas)

8.1.9 Reserva de riesgo en curso cobertura anual

Considerando el método de los veinticuatro avos podemos determinar la liberación de la reserva de riesgo en curso mes a mes consumido la prima:

Método de los veinticuatroavos

$$R_t = (23/24) * M_{t-1} + (21/24) * M_{t-2} + (19/24) * M_{t-3} + (17/24) * M_{t-4} + (15/24) * M_{t-5} + (13/24) * M_{t-6} + (11/24) * M_{t-7} + (9/24) * M_{t-8} + (7/24) * M_{t-9} + (5/24) * M_{t-10} + 3/24 * M_{t-11} + (1/24) * M_{t-12}$$

Donde:

R_t : Reserva para riesgos en curso del mes

M_t : Monto de las primas netas del reaseguro suscritas en el mes t

De este cálculo podemos determinar, mes a mes, el monto de la liberación.

MES	FACTOR (A)	SALDO (B)	RESERVA PENDIENTE (A*B)=(C)	LIBERACIÓN (B)-(C)
Enero	(23/24) avos	121,00	115,96	5,04
Febrero	(21/24) avo	115,96	101,46	14,49
Marzo	(19/24) avo	101,46	80,33	21,14

MES	FACTOR (A)	SALDO (B)	RESERVA PENDIENTE (A*B)=(C)	LIBERACIÓN (B)-(C)
Abril	(17/24) avos	80,33	56,90	23,43
Mayo	(15/24) avos	56,90	35,56	21,34
Junio	(13/24) avos	35,56	19,26	16,30
Julio	(11/24) avos	19,26	8,83	10,43
Agosto	(9/24) avos	8,83	3,31	,5,52
Septiembre	(7/24) avos	3,31	0,97	2,35
Octubre	(5/24) avos	0,97	0,20	0,76
Noviembre	(3/24) avos	0,20	0,03	0,18
Diciembre	(1/24) avos	0,03	0,00	0,02
TOTAL				121

8.1.10 Contabilidad

a. Producción nueva; primera venta; nunca tuvo seguro de accidentes personales

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.42	1.02.011.93.42.01	PRIMA POR COBRAR	220,00	
4.01.011.93.42	4.01.011.93.42.01.02	PRIMA TÉCNICA		121,00
4.01.041.93.42	4.01.041.93.42.01	PRIMAS ADICIONALES		99,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.42	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	76.000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.42	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		76.000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.42	APORTE MENSUAL APS	2,20	
5.21.031.01.01	5.21.031.01.02.42	APORTE TRIMESTRAL FPA	0,55	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.42	APORTE MENSUAL APS		2,20
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0,55
5.08.011.93.42	5.08.011.93.42.01	CONSTITUCIÓN RRC VIA/VGA M.N.	220,00	
2.04.011.93.42	2.04.011.93.42.01	SALDO RRC VIA/VGA M.N.		220,00
			76.222,75	76.222,75

b. Transacción

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.42	1.02.011.93.42.01	PRIMA POR COBRAR		220,00
1.01.011.01.01	1.01.011.01.01.42	DISPONIBLE CAJA	220,00	
			220,00	220,00

c. Reservas de riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.42	2.04.011.93.42.01	SALDO RRC VIA/VGA M.N.	5,04	
4.08.011.93.42	4.08.011.93.42.01	LIBERACIÓN RRC VIA/VGA M.N.		5,04
			5,04	5,04

d. Capitales asegurados a fin de vigencia

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.42	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		76.000
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.42	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	76.000	
			76.000	76.000

8.1.11 Inclusión de asegurados método mensual

Considere una póliza con un inicio de cobertura al 29/2/2024 y una finalización de cobertura al 28/2/2025. Además de ello, el tomador solicita la inclusión de un asegurado a la póliza en fecha 2/8/2024.

Datos	
Inicio de vigencia	29/2/2024
Fin vigencia	28/2/2025
Anulación de contrato	2/8/2024
Cantidad de asegurados	5
Prima neta por asegurado	220,00

Considerando la fecha de anulación de contrato podemos determinar que la póliza tuvo de vigencia hasta el momento de 5 meses y que aún le quedan 7 meses por consumir.

Con esto datos ya podemos determinar la proporción de la prima que corresponde para la inclusión.

$Prima\ mensual = \frac{Prima\ total\ por\ asegurado}{12}$

Fórmula para calcular la prima mensual

$Prima\ mensual = \frac{220,0}{12}$

Reemplazo de valores

$Prima\ Mmensual = 18,33$

Monto de la prima mensual para calcular inclusiones

Después de este cálculo, se puede determinar el monto de la prima que corresponde para la inclusión del asegurado.

$$\text{Inclusión de asegurado} = \text{Prima mensual} * \text{meses a consumir}$$

Fórmula para calcular la inclusión del asegurado

$$\text{Inclusión de asegurado} = 18,33 * 7$$

Reemplazo de valores

$$\text{Prima del tiempo corrido} = 128,33$$

Monto de la prima que le corresponde al tomador para incluir un asegurado nuevo

8.1.12 Inclusión de asegurados método por día

Considere una póliza con un inicio de cobertura al 29/2/2024 y una finalización de cobertura al 28/2/2025. Además de ello, el tomador solicita la inclusión de un asegurado a la póliza en fecha 2/8/2024.

Datos	
Inicio de vigencia	29/2/2024
Fin vigencia	28/2/2025
Anulación de contrato	2/8/2024
Cantidad de asegurados	5
Prima neta por asegurado	220,00

Considerando la fecha de anulación de contrato, podemos determinar que la póliza tuvo hasta el momento una vigencia de 155 días y aún le quedan 210 días por consumir.

Con estos datos ya podemos determinar la proporción de la prima que corresponde para la inclusión.

$$\text{Prima diaria} = \frac{\text{Prima total por asegurado}}{365}$$

Fórmula para calcular la prima diaria

$$\text{Prima diaria} = \frac{220}{365}$$

Reemplazo de valores

$$\text{Prima diaria} = 0,60$$

Monto de la prima diaria para calcular inclusiones

Después de este cálculo, se puede determinar el monto de la prima que corresponde para la inclusión del asegurado.

$$\textit{Inclusión de asegurado} = \textit{Prima diaria} * \textit{Días a consumir}$$

Fórmula para calcular la inclusión del asegurado

$$\textit{Inclusión de asegurado} = 0,60 * 210$$

Reemplazo de valores

$$\textit{Prima del tiempo corrido} = 126,58$$

Monto de la prima que le corresponde al tomador para incluir un asegurado nuevo

Base legal o normativa 09

Ley N.º 14379 Código de Comercio de 25 de febrero de 1977

Esta ley materializa el deseo de dotar al país de una nueva estructura legal que, además de fomentar y desarrollar la actividad comercial en general, en concordancia con las tendencias modernas que influyen en esta área, debe contribuir de manera positiva a los planes y programas del Gobierno Nacional para promover activamente el fortalecimiento económico del país y las oportunidades que ofrece el proceso de integración.

Ley N.º 1883 de Seguros de Bolivia de 25 de junio de 1998

Esta ley y sus reglamentos tienen por objetivo regular la actividad aseguradora, reaseguradora, de intermediarios, auxiliares y entidades de prepago para que cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia, garantizando un mercado competitivo. Asimismo, determina los derechos y deberes de las entidades aseguradoras y establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

Resolución administrativa APS N.º 31/1998 - Reglamento de reservas para riesgo en curso del 30 de diciembre de 1998

Las entidades aseguradoras que operen en seguros generales, fianzas y personas a corto plazo, constituirán la reserva para riesgo en curso correspondiente a la parte no devengada

de las primas netas de reaseguro, de forma mensual de acuerdo con los lineamientos establecidos en el presente reglamento.

Resolución administrativa APS N.º 70/1999 - Reglamento de registro de pólizas anexas y/o cláusulas adicionales 23 de abril de 1999

Las pólizas, anexos o cláusulas adicionales, objeto de comercialización de las entidades aseguradoras deberán ser presentadas a la superintendencia de pensiones, valores y seguros para su registro de manera previa a su comercialización.

Resolución administrativa APS N.º 172/2001 - Reglamento de seguros colectivos del 16 de abril de 2001

Deja sin efecto la Resolución administrativa N.º 257 de 19 de junio de 2000 que aprueba el Reglamento de Seguros Colectivos. Las disposiciones contenidas en dicho reglamento se aplican a las Entidades Aseguradoras, sujetas a la fiscalización de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS).

Resolución administrativa APS N.º 504/2013 - Texto único y uniforme de la póliza de seguro privado de vida e invalidez permanente por cualquier causa, para las trabajadoras y los trabajadores de la prensa “Hermanos Peñasco Layme”

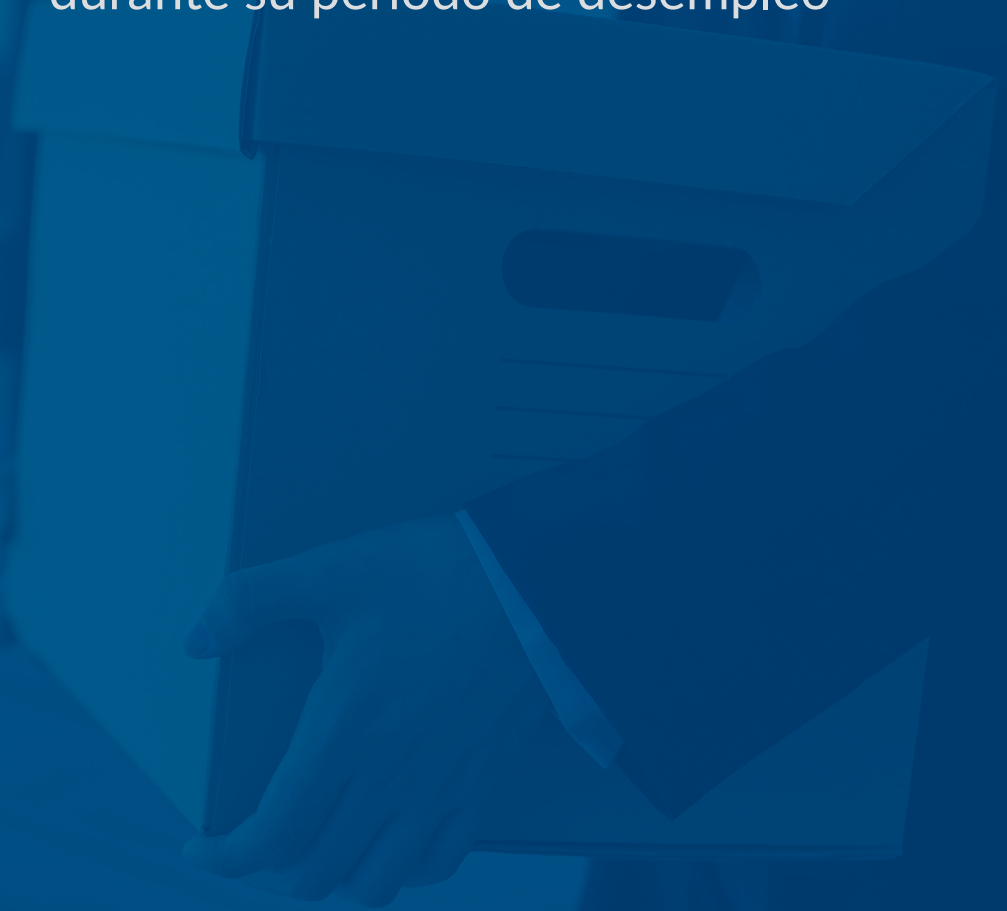
Esta disposición aprueba el texto único y uniforme de la póliza de seguro privado de vida e invalidez permanente por cualquier causa, para las trabajadoras y los trabajadores de la prensa de Bolivia en su condicionado particular, condicionado general y certificado de cobertura individual.

Resolución administrativa APS N.º 91 - 2015 Se dispone la remisión de bases de datos de reservas técnicas y siniestros pagados del 30 de enero de 2015

Esta disposición establece que las entidades aseguradoras de Seguros Generales y Seguros de Personas remitan a la Autoridad de Fiscalización y Control de pensiones y Seguros (APS), de manera mensual hasta el 15 de cada mes las bases de datos de las cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) referentes a reservas técnicas y siniestros.

SEGURO DE RENTA TEMPORAL POR CESANTÍA

Apoyo económico al trabajador
durante su periodo de desempleo



Índice

1.	Introducción	219
1.1	Antecedentes	219
1.2	Objetivo.....	219
1.3	Alcance	220
1.4	Glosario de términos	220
2.	Gestión integral del producto	223
2.1	El desempleo como riesgo asegurable	223
2.1.1	Desempleo	223
2.1.2	Gran número de unidades de exposición	225
2.1.3	Pérdida accidental e involuntaria.....	225
2.1.4	Pérdida determinable y mensurable.....	225
2.1.5	Sin pérdidas catastróficas.....	225
2.1.6	Probabilidad calculable de pérdida.....	225
2.1.7	Prima económica viable	225
2.2.	Elaboración de la nota técnica	226
2.3	Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios.....	226
3.	Cotización	229
3.1	Coberturas	229
3.1.1	Coberturas principales.....	229
3.1.2	Cobertura de renta temporal por desempleo involuntario	230
3.1.3	Límites de edades en la póliza de cesantía laboral.....	230
3.2	Estructura de la prima	231
3.2.1	Tasa de riesgo	231
3.2.2	Prima de riesgo.....	231
3.2.3	Prima técnica	232
3.2.4	Prima tarifa	232
3.2.5	Prima total	233
3.2.6	Prima adicional	234
3.2.7	Composición de la prima.....	235
4.	Suscripción y emisión	237
4.1	Evaluación del riesgo.....	237
4.2	Póliza del seguro.....	238

4.2.1	Cobertura	238
4.2.2	Beneficiario	238
4.2.3	Vigencia.....	239
4.2.4	Primas	239
4.2.5	Impuestos, tasas y contribuciones	239
4.2.6	Certificado individual de cobertura.....	239
4.3	Anulación de seguro	239
4.4	Exclusiones o restricciones	239
4.5	Aspectos a diferenciar	240
5.	Gestión financiera.....	243
5.1	Cobranzas	243
5.2	Contabilidad	243
5.2.1	Producción nueva; seguro de cesantía laboral	243
5.2.2	Ampliación tributaria una vez facturado (aplica a venta en vigencia nueva, renovada y anexo).....	244
5.2.3	Liberación de reservas de riesgo en curso	244
5.2.4	Capitales asegurados a fin de vigencia.....	245
5.2.5	Reaseguro.....	245
5.2.6	Aplicación tributaria una vez facturado	245
5.2.7	Liberación de reservas de riesgo	246
5.2.8	Finalización de cobertura mensual	246
5.3	Reservas de riesgo en curso	246
5.4	Reaseguro	246
5.5	Inversiones	247
6.	Siniestro	249
6.1	Atención e indemnización de siniestro	249
6.2	Recolección de documentos.....	250
6.3	Decisión sobre el siniestro	250
6.4	Pago de siniestro	250
6.4.1	Notas aclaratorias importantes	250
6.5	Reservas técnicas para siniestros.....	250
7.	Reportes.....	253
7.1	Reportes mensuales.....	253
8.	Aplicación	255
8.1	Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado	255
8.2	Cálculo de la prima de riesgo	256
8.3	Prima técnica	256
8.4	Prima tarifa	256
8.5	Prima total	257
8.6	Prima adicional	257
8.7	Impuestos	258
8.8	Composición de la prima	258

8.9	Reserva de riesgo en curso cobertura anual	259
8.10	Contabilidad	260
8.11	Rescisión de contrato de un seguro método plazos cortos mensual	261
8.12	Rescisión de contrato de un seguro método cálculo por días	262
9.	Base legal o normativa.....	265

Tablas

Tabla 1	Costos adicionales	233
Tabla 2	Impuestos.....	233
Tabla 3	Asiento contable producción nueva.....	244
Tabla 4	Aplicación tributaria una vez facturado	244
Tabla 5	Asiento contable reserva riesgo en curso	245
Tabla 6	Asiento contable capitales asegurador	245
Tabla 7	Reaseguro.....	245
Tabla 8	Aplicación tributaria una vez facturado	245
Tabla 9	Aplicación tributaria una vez facturado	246
Tabla 10	Finalización de cobertura mensual	246

Ecuaciones

Ecuación 1	Prima de riesgo	232
Ecuación 2	Prima técnica	232
Ecuación 3	Prima tarifa.....	233
Ecuación 4	Prima tarifa.....	234
Ecuación 5	Prima total	234
Ecuación 6	Prima adicional	234
Ecuación 7	Prima total	235
Ecuación 8	Prima técnica	256

Introducción 01

1.1 Antecedentes

1.2 Objetivo

1.3 Alcance

1.4 Glosario de términos

1.1 Antecedentes

El seguro de cesantía laboral ofrece protección financiera a los trabajadores que, por razones ajenas a su voluntad, pierden su empleo. Este tipo de seguro cubre el riesgo de desempleo, brindando un capital asegurado o subsidios económicos a los beneficiarios durante el período de búsqueda de un nuevo empleo. La cobertura se activa cuando el cese laboral ocurre y siempre que se cumplan las condiciones estipuladas en el contrato del seguro, considerando las exclusiones que indique la aseguradora en la póliza del seguro. Adicionalmente, en algunas modalidades de seguros de cesantía se puede incluir coberturas adicionales como: apoyo para la reinserción laboral, capacitación profesional o asesoría en la búsqueda de empleo, garantizando así un respaldo ante situaciones imprevistas que afectan la estabilidad financiera del asegurado.

1.2 Objetivo

El objetivo de este documento es proporcionar una visión integral y detallada sobre el seguro de cesantía laboral, que se aplica en su modalidad individual y colectiva. Se abordarán los principios fundamentales de este seguro, las garantías que ofrece y las normativas aplicables. Este informe tiene como finalidad informar a los lectores sobre el funcionamiento del seguro de cesantía, destacando su importancia como herramienta clave en la

planificación financiera y la protección del trabajador ante la eventualidad del desempleo. Se explicarán las características del seguro, las coberturas disponibles y los beneficios para los asegurados en caso de pérdida de empleo o situaciones que requieran apoyo financiero.

1.3 Alcance

El presente documento tiene como objetivo proporcionar un conocimiento detallado sobre los seguros de cesantía laboral en sus modalidades individual y colectiva. Se abordarán las normativas, leyes, resoluciones administrativas y reglamentos específicos que regulan la comercialización y operación de estos seguros.

El propósito es ofrecer una comprensión exhaustiva de las disposiciones legales aplicables, describir los procesos administrativos involucrados en la gestión y contratación de los seguros de cesantía, y presentar ejemplos prácticos que faciliten su implementación. Se busca asegurar una correcta interpretación y cumplimiento de las normativas vigentes, garantizando que las partes involucradas en la adquisición y administración de estos seguros estén plenamente informadas y alineadas con los requisitos legales, técnicos y comerciales aplicables.

1.4 Glosario de términos

Anexo	Documento que modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido original de la póliza de seguro.
Asegurado	Persona protegida por el seguro, cuya vida o situación laboral está cubierta bajo la póliza.
Accidente	Evento inesperado, externo y violento que causa daño físico o problemas de salud al asegurado, sin ser provocado intencionalmente.
Beneficiario	Persona o entidad que recibirá los beneficios del seguro, ya sea un familiar o acreedor, según lo nombrado en los documentos del seguro.
Carencia	Periodo entre la fecha de inicio de la póliza y el momento en que ciertas coberturas comienzan a aplicarse.
Cesantía	Situación en la que el asegurado no puede generar ingresos debido a accidente, enfermedad o desempleo involuntario.
Cláusula Adicional	Condición extra que extiende, modifica o amplía las coberturas originales de la póliza, incluyendo riesgos no contemplados.
Compañía	Entidad financiera que asume los riesgos especificados en el contrato y garantiza el pago del dinero asegurado según los términos de la póliza.
Desempleo involuntario	Situación en la que el trabajador pierde su empleo por razones ajenas a su control, no provocada por su renuncia o incumplimiento de normas.
Desempleo voluntario	Situación en la que un individuo, contando con un empleo activo, decide terminar voluntariamente la relación laboral, sin haber sido despedido ni forzado por circunstancias externas, y se mantiene sin empleo por decisión propia.
Días	Se refiere a días calendario, a menos que se indique expresamente lo contrario.
Enfermedad preexistente conocida	Condición de salud que el asegurado conocía antes de contratar el seguro y por la que ha recibido o necesitado atención médica.

Exclusiones	Condiciones o situaciones que no están cubiertas bajo la póliza y que se especifican claramente en el contrato de seguro.
Fecha de inicio del seguro / vigencia	Fecha en la que entran en vigor todas las coberturas y condiciones del seguro.
Fecha de fin de vigencia	Fecha en la que cesa la validez de las coberturas y condiciones de la póliza.
Grupo asegurado	Conjunto de personas que cumplen con ciertos criterios para formar parte del grupo asegurado bajo una misma póliza.
Incapacidad temporal	Situación en la que el asegurado no puede trabajar debido a un accidente o enfermedad, requiriendo reposo absoluto u hospitalización.
Interés asegurable	El interés que tiene el asegurado en que no ocurra el siniestro, ya que esto le ocasionaría una pérdida económica a él o a sus beneficiarios.
Jubilación	Prestación económica que se otorga a una persona cuando deja de trabajar, normalmente por razones de edad.
Pensión	Ingreso mensual que recibe una persona o sus beneficiarios por estar incorporada en el seguro social obligatorio de largo plazo.
Periodo de carencia inicial	Tiempo que debe pasar desde que el asegurado es incluido en la póliza hasta que pueda comenzar a recibir beneficios.
Periodo máximo consecutivo de cesantía cubierta	Número máximo de pagos mensuales que el seguro cubrirá durante un solo período de cesantía o desempleo del asegurado.
Póliza	Documento emitido por la aseguradora que detalla el contrato de seguro, especificando los términos, condiciones y coberturas.
Prima	Monto que el tomador del seguro debe pagar a la aseguradora para obtener las coberturas contratadas.
Renovación	Extensión del contrato de seguro por un nuevo periodo, generalmente de un año, en las mismas condiciones previamente acordadas.
Renovación automática	Renovación del seguro sin necesidad de notificación expresa, siempre que la prima se pague al inicio del nuevo periodo de cobertura.
Siniestro	Evento que activa las coberturas del seguro, de acuerdo con los riesgos estipulados en la póliza.
Suma asegurada / Beneficio / Capital asegurado	Monto que la aseguradora pagará al asegurado o beneficiario en caso de siniestro, según lo estipulado en las condiciones particulares.
Tomador	Persona o entidad que contrata el seguro, ya sea para sí misma o para otra persona.

Gestión integral del producto 02

2.1 El desempleo como riesgo asegurable

2.2 Elaboración de la nota técnica

2.3 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios

2.1 El desempleo como riesgo asegurable

Inicialmente, es importante señalar que en Bolivia los términos “trabajo” y “empleo” se utilizan comúnmente como sinónimos. La entidad estatal encargada de la protección de los derechos laborales es el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social.

Se reconoce el concepto “empleo” como la generación de valores a partir de la actividad producida por una persona, es decir, cuando el empleado contribuye con su trabajo y conocimientos en favor del empleador, a cambio de una contraprestación económica o remuneración. Este concepto nos permite ya adentrarnos en el otro concepto que buscamos estudiar, la pérdida de empleo.⁵

2.1.1 Desempleo

Es un desajuste en el mercado laboral, donde la demanda de trabajo es mayor a la oferta.

⁵ Quispe, G. R. (2023). Implementación del seguro de pérdida de empleo en la legislación boliviana (tesis de maestría). Universidad Mayor de San Simón.

Desempleo o paro significa falta de empleo. Esto significa que hay más trabajadores buscando empleo que puestos ofertados por las empresas.⁶

El desempleo es una causa importante de inseguridad económica en los Estados Unidos. El desempleo puede ser el resultado de caídas del ciclo económico.⁷

El desempleo es entendido como la falta de empleo que existe en un determinado lugar y en favor de los trabajadores o empleados nuevos o que no cumplen con los requisitos de la pérdida de empleo. Es decir, se trata de un desorden existente en el mercado laboral, donde son más los que ofrecen su fuerza de trabajo y son menos los que ofrecen fuentes laborales para que dichas personas desarrollen actividades propias de la empresa o actividades específicas requeridas.

Predecir el desempleo es difícil debido a los diferentes tipos de desempleo y de mano de obra. Hay trabajadores profesionales, altamente calificados, semicalificados, no calificados, manuales y administrativos. Las tasas de desempleo varían significativamente según la ocupación, la edad, el género, la educación, el estado civil, la ciudad, el Estado y una serie de otros factores, incluidos los programas gubernamentales y las políticas económicas que cambian con frecuencia.⁸

Pérdida de empleo o desempleo involuntario

Este concepto hace referencia a la situación de una persona que ya estuvo trabajando, es decir, que ejerció una actividad económica como trabajador, siendo beneficiado con todos los regímenes dispuestos por el art. 45 de la Constitución Política del Estado –como ser la asistencia médica, la monetaria, la activación de los seguros de salud, provisiones guardadas para vejez, enfermedad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, familiares, de invalidez, etc.– y que, por razones no atribuibles a ella, ha dejado de trabajar.

Ante esta situación, al no poder contar rápidamente con un nuevo trabajo, esta persona y su familia posiblemente se encuentran perjudicados, más aún si no cuentan con un salario que les permita cumplir con sus obligaciones mensuales, mientras buscan trabajo. Ante esta situación, se puede definir la pérdida de empleo de la siguiente manera: es la situación en la que se encuentra involuntariamente el trabajador o empleado, luego de haber realizado un determinado trabajo durante cierto tiempo.⁹

Retiro voluntario o desempleo voluntario

El retiro voluntario se constituye en potestad exclusiva de la voluntad de las trabajadoras o trabajadores.¹⁰

6 Economipedia (27 de mayo, 2015), en: <https://economipedia.com/definiciones/desempleo-paro.html>

7 Regda y McNamara, 2014, p. 26.

8 Regda y McNamara, 2014, p. 26.

9 Quispe G. R., *op. cit.*

10 Resolución ministerial MT 107/10, Artículo 2, del 23 de febrero del 2010.

El retiro voluntario es una forma de extinción del contrato individual de trabajo, en la cual el trabajador decide por voluntad propia poner fin a la relación laboral con el empleador. Esta decisión no obedece a una causa imputable al empleador ni constituye un despido, sino que se trata de una manifestación libre de voluntad del trabajador, sin que medie coacción o presión.

2.1.2 Gran número de unidades de exposición

Aunque existe una gran cantidad de empleados que podrían estar expuestos al riesgo de desempleo, la predicción de este fenómeno es complicada debido a la variedad de tipos de desempleo y de trabajos disponibles.

2.1.3 Pérdida accidental e involuntaria

No siempre se presenta de forma involuntaria. Una parte significativa del desempleo puede atribuirse a decisiones voluntarias de los trabajadores, quienes optan por renunciar a sus puestos.

2.1.4 Pérdida determinable y mensurable

Si bien es posible determinar el nivel general de desempleo, la medición de las pérdidas relacionadas es un desafío. La mayor parte del desempleo se produce por despidos involuntarios; sin embargo, hay también casos de desempleo voluntario, donde los trabajadores deciden cambiar de empleo por motivos como salarios más altos, cambios de carrera, obligaciones familiares o reubicaciones.

2.1.5 Sin pérdidas catastróficas

No se cumple esta condición, ya que eventos como una recesión económica nacional severa o condiciones empresariales desfavorables en comunidades específicas pueden resultar en pérdidas significativas.

2.1.6 Probabilidad calculable de pérdida

Este aspecto también presenta complicaciones, ya que los diversos tipos de desempleo, especialmente en ocupaciones específicas, pueden dificultar que los actuarios calculen con precisión las probabilidades de pérdida.

2.1.7 Prima económica viable

La viabilidad de establecer una prima económica para el seguro de desempleo se ve afectada por factores como la selección adversa y el riesgo moral, además de la posibilidad de pérdidas catastróficas. Sin embargo, existen algunos planes que ofrecen prestaciones de desempleo en situaciones de desempleo involuntario, así como pagos por pérdidas relativamente pequeñas, tales como la exención temporal de primas de seguros de vida o pagos mínimos de tarjetas de crédito.

2.2. Elaboración de la nota técnica

La nota técnica es un documento estándar que se aplica a todos los seguros de personas. Detalla la estructura financiera y actuarial de un producto de seguro. Su propósito es justificar las tarifas, beneficios y condiciones de una póliza, fundamentado en principios técnicos y matemáticos (para mayor información, véase el apartado “Elaboración de la nota técnica”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, vol. 1).

En seguros de personas, la nota técnica suele incluir lo siguiente:

- **Descripción del producto:** Características generales de la póliza, como coberturas, exclusiones y duración del seguro.
- **Bases técnicas:** Supuestos sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, siniestralidad y comportamiento de los asegurados.
- **Cálculo de primas:** Metodología para determinar el monto de la prima, que incluye el costo puro de riesgo, gastos administrativos, margen de seguridad y rentabilidad. Para el apartado de cálculo de la prima dentro de la elaboración de la nota técnica, puede recurrir a los conceptos expuestos en este documento, en el apartado “estructura de la prima”.
- **Provisión de reservas técnicas:** Detalle de cómo se establecerán las reservas para garantizar el cumplimiento futuro de las obligaciones con los asegurados.
- **Revisión y ajustes:** Mecanismos para ajustar primas o beneficios según la experiencia de siniestralidad o cambios en los supuestos técnicos.

Este documento es evaluado por las autoridades regulatorias (como la APS en Bolivia) para asegurar que los productos ofrecidos por las aseguradoras sean viables y justos tanto para los asegurados como para las empresas aseguradoras.

2.3 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios

El registro de pólizas, anexos y cláusulas es un proceso general aplicable a todos los seguros de personas. Este procedimiento asegura que cada póliza, junto con sus anexos y cláusulas adicionales, cumpla con las normativas legales y regulatorias establecidas. Su correcta gestión garantiza transparencia y protección tanto para el asegurado como para la aseguradora.

En este registro se incluyen:

- **Pólizas:** El documento principal que formaliza el contrato entre el asegurado y la aseguradora, estableciendo las coberturas, primas, condiciones y exclusiones.
- **Anexos:** Modificaciones o adiciones a la póliza original que pueden alterar aspectos como coberturas o condiciones específicas.

- **Cláusulas:** Condiciones adicionales que ajustan o complementan los términos del seguro, ya sea limitando o ampliando las obligaciones y derechos de las partes involucradas.
- **Formularios:** Documentos estandarizados utilizados por las compañías aseguradoras para recabar, registrar o formalizar información relacionada con una póliza de seguros.

(Para mayor información, véase el apartado “Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Cotización 03

3.1 Coberturas

3.2 Estructura de la prima

3.1 Coberturas

3.1.1 Coberturas principales

Si el beneficiario del seguro es el propio asegurado, la compañía pagará una renta temporal hasta el monto y periodo máximo establecidos en las condiciones de la póliza. Este pago se activa en dos situaciones.



Incapacidad temporal para trabajadores independientes o autónomos.

Desempleo para trabajadores dependientes o asalariados.



El seguro debe estar vigente en el momento en que ocurra el evento y el asegurado debe haber superado el periodo de carencia estipulado. Es importante tener en cuenta que se aplican algunas exclusiones mencionadas en las condiciones generales.

Por otro lado, si el beneficiario a título oneroso es el tomador del seguro, la compañía pagará las cuotas del préstamo personal a cargo del asegurado. Esta cobertura también se activa en caso de:



Incapacidad temporal para trabajadores independientes o autónomos.

Desempleo para trabajadores dependientes o asalariados.



Las condiciones para esta cobertura son las mismas: el seguro debe estar vigente en el momento del evento y el asegurado debe haber cumplido con el periodo de carencia estipulado. Al igual que en el caso anterior, se aplican las exclusiones mencionadas en las condiciones generales.

Cobertura de desempleo voluntario

Bajo la Ley General del Trabajo, la renuncia voluntaria del trabajador generalmente no da lugar a la indemnización por tiempo de servicios que se otorga en casos de despido injustificado. Por lo tanto, la cobertura por desempleo voluntario no es un derecho laboral legalmente exigible al empleador.

Sin embargo, en el ámbito de los seguros privados que ofrecen algunas entidades financieras o aseguradoras en Bolivia, podría existir la opción de contratar una cobertura que brinde algún tipo de beneficio o apoyo económico incluso en situaciones de renuncia voluntaria.

Sin embargo, este tipo de cobertura en términos generales no es una cobertura estándar dentro de los seguros porque:

- El riesgo no es incierto (la renuncia es una decisión del asegurado).
- Puede prestarse a malos usos o fraudes si no hay condiciones estrictas establecidas por la entidad aseguradora.

3.1.2 Cobertura de renta temporal por desempleo involuntario

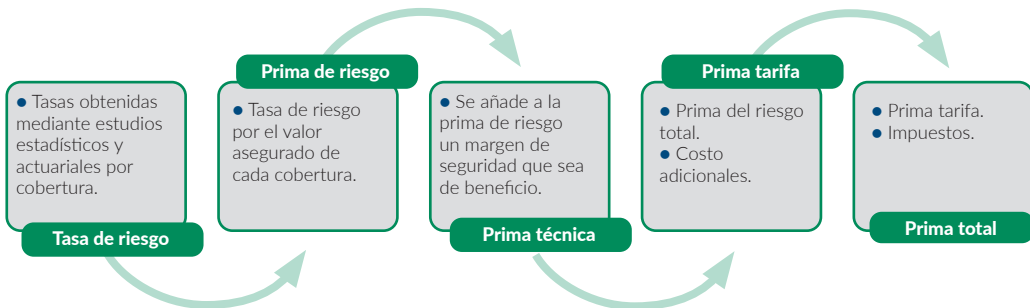
En algunos casos, la póliza de cesantía incluye la cobertura de pagos de préstamos personales del asegurado, como tarjetas de crédito, hipotecas o préstamos automotrices. Si el asegurado queda cesante o incapaz de generar ingresos, la aseguradora cubrirá el pago de estas cuotas hasta el límite establecido en la póliza y durante el periodo de cobertura. La cantidad máxima de cuotas a ser indemnizadas y el monto máximo por cuota deben de estar establecidas en las condiciones particulares de la póliza.

3.1.3 Límites de edades en la póliza de cesantía laboral

Límite de edad se refiere a la franja etaria establecida por la aseguradora dentro de la cual un individuo puede contratar y mantener la cobertura del seguro. Este límite define la edad mínima y máxima en la que un solicitante puede ser aceptado para la póliza.

3.2 Estructura de la prima

Ilustración 1
Estructura de la prima



3.2.1 Tasa de riesgo

La tasa de riesgo (TR) se determina mediante un cálculo actuarial que considera varios factores, como la frecuencia esperada de los siniestros y el costo promedio de los reclamos. Es crucial para las aseguradoras establecer tasas de riesgo precisas y adecuadas, ya que éstas determinan el precio de la prima que cobran a los asegurados. Una tasa de riesgo demasiado baja puede llevar a pérdidas financieras si los reclamos exceden las reservas, mientras que una tasa demasiado alta puede resultar en primas no competitivas y pérdida de clientes.

Este valor de la tasa de riesgo será determinado por la oficina técnica correspondiente, también se menciona que el valor de la tasa de riesgo por cobertura puede variar dependiendo a la cartera con la que se trabaje.

3.2.2 Prima de riesgo

Ésta representa la parte del pago que cubre el costo real de la protección que ofrece la aseguradora. En otras palabras, es el dinero que la compañía necesita para hacer frente a los posibles siniestros que puedan ocurrir y para los que el asegurado está cubierto.

Ecuación 1 Prima de riesgo

$$PR = (TR_i * VA_i) + (TR_j * VA_j) + \dots + (TR_n * VA_n)$$

Donde:

PR: Prima de riesgo

TR_i: Tasa de riesgo correspondiente a la cobertura de desempleo involuntario

TR_j: Tasa de riesgo correspondiente a la cobertura de Incapacidad o invalidez temporal

TR_n: Tasa de riesgo por cobertura adicional a la póliza

VA_i: Capital asegurado correspondiente a la cobertura de desempleo involuntario

VA_j: Capital asegurado correspondiente a la cobertura de Incapacidad o invalidez temporal

VA_k: Valor asegurado por cobertura de gastos médicos

VA_n: Valor asegurado por cobertura adicional a la póliza

Cabe mencionar que las coberturas pueden variar dependiendo lo solicitado por el asegurado.

3.2.3 Prima técnica

Esta prima incluye no sólo el valor actuarial estimado del riesgo (conocido como prima de riesgo), sino también un margen de seguridad o carga de seguridad, destinado a compensar posibles desviaciones estadísticas, incertidumbre en la estimación de siniestros futuros, y variaciones adversas en la siniestralidad.

Ecuación 2 Prima técnica

$$PTec = PR * (1 + \delta)$$

Donde:

PTec: Prima técnica

PR: Prima de riesgo

δ: Margen de seguridad

3.2.4 Prima tarifa

Para poder calcular la prima tarifa se debe considerar como el cociente entre el valor de la prima técnica dividido entre uno (1), menos los costos adicionales.

Costos adicionales

Los costos adicionales llegan a ser la suma de tasa de regulación, fondo de protección al asegurado, comisiones, costos de producción, gastos administrativos, utilidad.

Tabla 1
Costos adicionales

<i>TREG</i>	2%
<i>FPA</i>	2.5‰
<i>Com</i>	$X\% \leq Com \leq X\%$
<i>CP</i>	$X\% \leq CP \leq X\%$
<i>GA</i>	$X\% \leq GA \leq X\%$
<i>UT</i>	$Min\% \leq GA \leq Max\%$

Considerando la sumatoria de los costos adicionales la formula se determina de esta forma:

Ecuación 3 Prima tarifa

$$PT = \frac{PTec}{1 - (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT)}$$

Donde:

PT: Prima de tarifa

PTec: Prima técnica

TREG: Tasa de regulación

FPA: Fondo de protección al asegurado

Com: Comisiones

CP: Costos de producción

GA: Gastos administrativos

UT: Utilidad

3.2.5 Prima total

Se la define como la prima tarifa más impuestos siendo está el costo final para el asegurado.

Impuestos

Dentro de la normativa boliviana se cuenta con dos impuestos: el impuesto al valor agregado IVA y el impuesto a las transacciones IT.

Tabla 2
Impuestos

IVA	13%
IT	3%

Para obtener valor del impuesto a aplicar a la fórmula debemos sumar ambos impuestos y aplicar la definición de tasa efectiva.

Ecuación 4 Prima tarifa

$$IMP = 1 + \frac{0,16}{1 - 0,16}$$

Donde:

IMP: Impuesto según definición de tasa efectiva

Una vez determinado el valor, podemos llegar a definir la prima total. Es necesario considerar que el valor de la prima total se determina por medio de la multiplicación entre la prima tarifa por la tasa efectiva del impuesto.

Ecuación 5 Prima total

$$PTT = PT * IMP$$

Donde:

PTT: Prima de total

PT: Prima tarifa

IMP: Impuestos

3.2.6 Prima adicional

Este valor es la sumatoria de los costos adicionales multiplicado por la prima tarifa. Esta prima adicional se constituye como el monto que llegará a distribuirse en todas las tasas adicionales.

Ecuación 6 Prima adicional

$$PA = (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT) * PT$$

Donde:

PT: Prima de tarifa

PA: Prima adicional

TREG: Tasa de regulación

FPA: Fondo de protección al asegurado

Com: Comisiones

CP: Costos de producción

GA: Gastos administrativos

UT: Utilidad

3.2.7 Composición de la prima

Una vez las variables han sido determinadas y ordenadas, podemos definir la composición de la prima:

Ecuación 7 *Prima total*

$$\text{PTec} + \text{PA} + \text{IMP} = \text{PTT}$$

Donde:

PTec: Prima técnica

PA: Prima adicional

IMP: Impuestos

PTT: Prima total

Suscripción y emisión

04

4.1 Evaluación del riesgo

4.2 Prima de seguro

4.3 Anulación de seguro

4.4 Lista única de exclusiones o restricciones

4.5 Aspectos a diferenciar

4.1 Evaluación del riesgo

La evaluación del riesgo requiere una adecuada comprensión de los conceptos de cesantía, rentas y desempleo, los cuales, aunque relacionados, poseen significados y consecuencias distintas en el contexto laboral y asegurador.

- La cesantía es la situación de una persona que ha perdido su empleo. En algunos casos, implica el acceso a una prestación económica destinada a ciertos trabajadores, proporcionándoles recursos básicos mientras buscan un nuevo empleo.¹¹
- Las rentas son pagos periódicos que un asegurador realiza al asegurado o sus herederos mediante un contrato de renta. Estos pagos pueden ser temporales, con un tiempo limitado, y suelen cesar en caso de fallecimiento del asegurado.¹²
- El desempleo se refiere a la condición en la cual hay más personas dispuestas a trabajar que puestos disponibles. Las tasas de desempleo fluctúan según diversos factores, como la ocupación, educación, y las políticas económicas.¹³

11 Pérez y Merino (3 de marzo 2023). *Cesantía - ¿Qué es?* Definición y concepto. En: <https://definicion.de/cesantia/>

12 Mapfre, en: <https://www.fundacionmapfre.org/publicaciones/diccionario-mapfre-seguros/renta-temporal>

13 Economipedia (27 de mayo, 2015), en: <https://economipedia.com/definiciones/desempleo-paro.html>

4.2 Póliza del seguro

Toda póliza de seguro contempla los documentos de condicionado particular, condicionado general, cláusulas y formularios dentro de estos se define lo siguiente.

4.2.1 Cobertura

El seguro de cesantía ofrece dos principales coberturas que cubren situaciones de desempleo e incapacidad, brindando protección financiera a los trabajadores en situaciones inesperadas.

Ilustración 2 Coberturas seguro de cesantía laboral



Desempleo involuntario:

Protege al trabajador cuando pierde su empleo de manera involuntaria (esta cobertura se encuentra condicionada por exclusiones determinadas por la compañía de seguros, que pueden diferir según el tipo de contrato laboral suscrito, los plazos de carencia aplicables y, particularmente, las condiciones en las que se haya producido el desempleo involuntario, etc.). Proporciona una compensación económica temporal para cubrir sus gastos esenciales mientras busca un nuevo empleo, garantizando estabilidad financiera.

Incapacidad o invalidez temporal por accidente o enfermedad:

Ofrece apoyo económico si el trabajador no puede realizar su trabajo debido a un accidente o enfermedad que lo incapacite temporalmente. Durante este tiempo, asegura ingresos para cubrir sus necesidades hasta que pueda regresar al trabajo.



Desempleo voluntario:

Ampara al trabajador que comunica su decisión de retirarse voluntariamente del vínculo laboral con su empleador (esta cobertura se encuentra condicionada por exclusiones determinadas por la compañía de seguros, que pueden diferir según el tipo de contrato laboral suscrito, los plazos de carencia aplicables y, particularmente, las condiciones en las que se haya producido el desempleo involuntario, etc.).

La cobertura se encontrará vigente si cumple con las siguientes condiciones:

- La póliza o certificado se encuentran vigentes.
- La prima es pagada oportunamente a la compañía.
- El asegurado no supera la edad establecida en las condiciones particulares.

4.2.2 Beneficiario

Para la cobertura de desempleo involuntario, el beneficiario es el trabajador que ha perdido su empleo de manera involuntaria, es decir, sin renunciar voluntariamente ni ser despedido por una causa justificada. Asimismo, existe la cobertura de desempleo voluntario. Este seguro le proporciona una compensación económica temporal para cubrir sus necesidades al empleado que se retiró de manera voluntaria de su puesto laboral mientras busca un nuevo empleo.

Para la cobertura de incapacidad o invalidez temporal por accidente o enfermedad: el beneficiario es también el propio trabajador que sufre una incapacidad temporal debido a un accidente o una enfermedad que le impide continuar con sus labores. Durante este tiempo, el seguro cubre parte de sus ingresos, ayudándolo a mantenerse económicamente hasta que se recupere y pueda volver al trabajo.

4.2.3 Vigencia

La póliza inicia su vigencia a partir de la fecha inicio que estipula en las condiciones particulares.

4.2.4 Primas

La prima es debida desde el momento de la celebración del contrato, pero es exigible sino con la entrega de póliza o certificado de cobertura. Las primas sucesivas se pagarán al comienzo de cada periodo, salvo que se estipule otra forma de pago en las condiciones particulares.

4.2.5 Impuestos, tasas y contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones y, en general, tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes sobre los cargos tanto en el caso de las primas como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del tomador o del asegurado, según sea el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la compañía.

4.2.6 Certificado individual de cobertura

La entidad aseguradora está obligada a emitir, además de la póliza general, un certificado individual a favor de cada asegurado, confirmando la existencia y validez de la cobertura.¹⁴

4.3 Anulación de seguro

Para la anulación de una póliza de seguro de cesantía laboral o de un certificado dentro esta póliza podemos usar el método de cancelación a corto plazo o anulación diaria (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Inclusión y anulación” en el documento Regulación de los seguros de personas en Bolivia, en el vol. 1).

4.4 Exclusiones o restricciones

A partir del análisis de algunas pólizas revisadas, se observó que existen exclusiones recurrentes asociadas al tipo de seguro tratado en este libro, las cuales se exponen seguidamente.

¹⁴ Pérez Torres, *op. cit.*, p. 94.

Independientemente de lo establecido en las condiciones generales de la póliza, las exclusiones y riesgos no cubiertos bajo este contrato se ajustan como se expone a continuación.

El seguro no será aplicable en las siguientes circunstancias:

- En casos de dolo o negligencia grave por parte del asegurado.
- En situaciones de guerra, ya sea interna o externa, sin importar si ha sido declarada o no.
- Si el asegurado no ha trabajado de manera continua durante al menos un año en el mismo empleo al momento del despido.
- Cuando el empleador termina el contrato por una causa justificada.
- Si el asegurado incurre en conflictos de interés, infringe normas del empleador o no sigue instrucciones legales y relevantes para las operaciones de la empresa.
- En programas de despido masivo anunciados por el empleador antes del inicio de la cobertura para el asegurado.
- Si el asegurado es autónomo, autoempleado o funcionario de libre nombramiento.
- En casos de jubilación o pensión.
- Si el asegurado renuncia voluntariamente a su empleo (algunas aseguradoras no consideran esta exclusión, ya que diseñan seguros que brindan cobertura para este tipo de casos).
- Si el desempleo ocurre después de que el asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación y cumpla con los requisitos para acceder a una pensión.
- Si el desempleo ya era conocido antes de la entrada en vigor de la póliza.
- Se excluyen a los trabajadores independientes o autónomos.

4.5 Aspectos a diferenciar

Dada la limitada información específica disponible sobre el “seguro de cesantía” y la forma en que se aplican sus coberturas, se identificó que este producto es conocido bajo diferentes denominaciones. No obstante, tras un análisis detallado de los condicionados de algunas aseguradoras y una revisión de la bibliografía especializada, se concluye que existen diferencias relevantes, las cuales se presentan a continuación en el siguiente cuadro.

Aspecto	Seguro de desempleo	Seguro de cesantía	Renta temporal
Objetivo	Proporcionar una compensación económica temporal en caso de pérdida involuntaria de empleo.	Brindar cobertura económica al trabajador tras la finalización de la relación laboral, ya sea voluntaria o involuntaria.	Garantizar un ingreso fijo durante un periodo de tiempo determinado, independientemente de la situación laboral del asegurado.
Condiciones de activación	Se activa en casos de despido involuntario o reducción de personal. No aplica cuando el trabajador renuncia voluntariamente.	Puede activarse tanto por despido como por renuncia voluntaria, dependiendo de las condiciones del contrato.	Se activa de acuerdo a los términos estipulados en el contrato (jubilación, incapacidad, inversiones), sin vinculación con la situación laboral.
Requisitos previos	Generalmente, se requiere de un periodo mínimo de cotización en el seguro para ser elegible.	Requiere que el trabajador haya cotizado durante un tiempo específico para poder acceder al beneficio.	No tiene requisitos laborales o de cotización; depende exclusivamente del acuerdo financiero entre la aseguradora y el cliente.
Monto del pago	Usualmente, es un porcentaje del salario anterior, con un límite máximo establecido.	El monto varía según las contribuciones acumuladas en el fondo de cesantía o lo establecido en el contrato.	El pago es fijo y está estipulado en el contrato, sin estar vinculado al salario anterior del asegurado.
Duración del pago	Temporal, normalmente por algunos meses o hasta que el asegurado consiga un nuevo empleo.	Puede ser un pago único o una serie de pagos periódicos durante un tiempo limitado.	Los pagos son periódicos y se extienden por un tiempo predefinido (como 5, 10 o 20 años).
Finalidad	Ayudar al asegurado a mantener ingresos básicos mientras busca empleo.	Brindar estabilidad financiera al finalizar una relación laboral.	Proveer un ingreso planificado como parte de una estrategia financiera o de jubilación.
Relación con el empleo	Directamente relacionado con la pérdida involuntaria del empleo.	Está vinculado con la finalización de la relación laboral, ya sea voluntaria o involuntaria.	No tiene relación con el estatus laboral del asegurado.
Ejemplo de uso	Un trabajador despedido por reducción de personal que necesita apoyo económico temporal.	Un trabajador que deja su empleo ya sea de forma voluntaria o involuntaria, y requiere un respaldo financiero.	Una persona que busca un ingreso fijo durante un periodo de tiempo para complementar su plan de jubilación o financiero.

5.1 Cobranzas

5.2 Contabilidad

5.3 Reservas de riesgo en curso

5.4 Reaseguro

5.5 Inversiones

5.1 Cobranzas

La gestión de cobranzas en seguros de personas constituye un componente esencial para asegurar la continuidad del flujo de ingresos y mantener la solidez financiera de la aseguradora. Este proceso comprende diversas etapas operativas y administrativas; no obstante, cada entidad aseguradora establece procedimientos propios optimizados para garantizar la eficiencia en el registro, control y seguimiento de las obligaciones de pago.

5.2 Contabilidad

5.2.1 Producción nueva; seguro de cesantía laboral

Corresponde al proceso en el cual un cliente adquiere por primera vez una póliza de este tipo, sin haber estado previamente asegurado bajo esta cobertura. Esto implica que es la primera vez que el cliente obtiene protección frente a riesgos como muerte accidental, invalidez o gastos médicos derivados de un accidente.

Tabla 3
Asiento contable producción nueva

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.43	1.02.011.93.43	PRIMA POR COBRAR	0000,00	
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE		0000,00
4.01.011.93.43	4.01.011.93.43.01	PRIMA TÉCNICA		0000,00
4.01.041.93.43	4.01.041.93.43.01	PRIMAS ADICIONALES		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.43	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	0000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.43	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		0000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	0000,00	
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	0000,00	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	APORTE MENSUAL APS		0000,00
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0000,00
5.08.011.93.43	5.08.011.93.43.01	CONSTITUCIÓN RRC CESANTÍA M.N.		0000,00
2.04.011.93.43	2.04.011.93.43.01	SALDO RRC CESANTÍA M.N.	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.2 Ampliación tributaria una vez facturado (aplica a venta en vigencia nueva, renovada y anexo)

Consiste en el registro contable de ajustes fiscales relacionados con impuestos corrientes y no corrientes. Estos ajustes son necesarios para reflejar correctamente la carga fiscal tras una venta, ya sea en una nueva vigencia, renovación o anexo, asegurando el equilibrio entre el débito fiscal y los impuestos asociados a la transacción.

Tabla 4
Aplicación tributaria una vez facturado

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE		0000,00
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE	0000,00	
5.21.041.01.01	5.21.041.01.01	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		0000,00
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.3 Liberación de reservas de riesgo en curso

Para registrar los fondos destinados a cubrir posibles siniestros futuros derivados de las pólizas en vigor. La reserva de riesgo se calcula con base en la estimación de las obligaciones que la compañía deberá enfrentar por los riesgos asumidos, garantizando así que dispone de los recursos necesarios para cumplir con sus compromisos frente a los asegurados en caso de que ocurra un evento cubierto por la póliza.

Tabla 5
Asiento contable reserva riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.43	2.04.011.93.43.01	SALDO RRC CESANTÍA M.N.	0000,00	
4.08.011.93.43	4.08.011.93.43.01	LIBERACIÓN RRC CESANTÍA M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.4 Capitales asegurados a fin de vigencia

Se refiere al valor total de las sumas aseguradas al momento en que la póliza alcanza el término de su vigencia, en este caso, el 31/12/2024. Este valor representa la cobertura máxima que la aseguradora mantiene para los asegurados hasta esa fecha.

Tabla 6
Asiento contable capitales asegurador

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.43	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.43	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.5 Reaseguro

Tabla 7
Reaseguro

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.02.101.01.93	2.02.101.01.93.43	REASEGURO CEDIDO A COMPAÑÍAS NACIONALES	0000,00	
5.06.011.93.43		PRIMAS CEDIDAS EN REASEGURO NACIONAL		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.6 Aplicación tributaria una vez facturado

Tabla 8
Aplicación tributaria una vez facturado

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	0000,00	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		0000,00
5.21.041.01.01	=	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	0000,00	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.7 Liberación de reservas de riesgo

Tabla 9
Aplicación tributaria una vez facturado

CUENTA		DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.43	2.04.011.93.43.01	SALDO RRC RTC M.N.	0000,00	
4.08.011.93.43	4.08.011.93.43.01	LIBERACIÓN RRC DEL SEGURO DE RTC M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.8 Finalización de cobertura mensual

Tabla 10
Finalización de cobertura mensual

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.43	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.43	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.3 Reservas de riesgo en curso

Se aplicará el método de los veinticuatroavos para seguros con cobertura de un año; método descrito en el apartado “Reservas de riesgo en curso” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

5.4 Reaseguro

El reaseguro es un mecanismo mediante el cual una aseguradora (conocida como “cedente”) transfiere parte de su riesgo a otra aseguradora (llamada “reaseguradora”). Este proceso permite a las aseguradoras gestionar su exposición al riesgo, aumentar su capacidad de suscripción y protegerse contra pérdidas significativas que puedan surgir de siniestros. Al diversificar los riesgos entre múltiples entidades, el reaseguro contribuye a la estabilidad financiera del mercado asegurador en su conjunto.

El funcionamiento del reaseguro implica que la aseguradora original paga una prima a la reaseguradora a cambio de cobertura sobre una parte de sus riesgos. En caso de que se produzca un siniestro, la reaseguradora asume la responsabilidad de indemnizar a la aseguradora cedente según los términos del contrato de reaseguro. Existen diferentes tipos de reaseguro, como el reaseguro proporcional, donde se comparte una proporción del riesgo y las primas, y el reaseguro no proporcional, donde la reaseguradora sólo paga por pérdidas que superan un límite específico (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Reaseguros” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

5.5 Inversiones

La gestión de inversiones en seguros de personas es un procedimiento genérico que no se desarrolla de manera específica para cada ramo de seguros. Este proceso se enfoca en maximizar la rentabilidad, asegurar la liquidez y garantizar la seguridad de los fondos administrados. Las inversiones se realizan a partir de las reservas técnicas, el margen de solvencia y las retenciones a reaseguradores, siempre bajo la supervisión de la autoridad reguladora (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Inversiones” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Siniestro 06

6.1 Atención e indemnización de siniestros

6.2 Recolección de documentos

6.3 Decisión sobre el siniestro

6.4 Pago de siniestro

6.5 Reservas técnicas para siniestros

6.1 Atención e indemnización de siniestro

Es importante aclarar que, debido a la falta de normativa específica sobre los siniestros en este tipo de seguro, se opta por proceder conforme a lo establecido en el Código de Comercio de Bolivia.

Notificación inmediata: Ante la ausencia de normativa específica aplicable al ramo del seguro analizado, se establece que el asegurado o beneficiario debe notificar el siniestro al asegurador tan pronto como le sea posible y, en todo caso, a más tardar dentro de los tres (3) días siguientes de haber tenido conocimiento del mismo, salvo que medie fuerza mayor o exista un impedimento debidamente justificado.¹⁵

La entidad aseguradora también podrá determinar y estipular en sus condicionados el plazo específico que regirá para el aviso de siniestro.

Consecuencias de extemporaneidad: La compañía se reserva el derecho de rechazar la reclamación si la notificación se realiza fuera del plazo estipulado en los condicionados, según las normativas aplicables.

¹⁵ Código de Comercio, Artículo 1028.

Responsabilidad del asegurado: Se recuerda que tanto el tomador como el asegurado están obligados a cumplir con estos plazos y procedimientos.

6.2 Recolección de documentos

La entidad aseguradora definirá la documentación que deberá ser presentada como respaldo de las evidencias necesarias para determinar la causa del siniestro, la identidad de las personas o intereses asegurados y la cuantía de los daños, así como para permitir la realización de las indagaciones pertinentes. Esta documentación deberá ser presentada de forma obligatoria por el asegurado o beneficiario.¹⁶

6.3 Decisión sobre el siniestro

La aseguradora tiene hasta 30 días para pronunciarse tras recibir la documentación completa. Dentro de este plazo tanto para las modalidades grupal e individual en caso de solicitar documentos complementarios, se pueden realizar hasta dos solicitudes adicionales antes de emitir una decisión final.

6.4 Pago de siniestro

La entidad aseguradora establecerá en sus condiciones generales el plazo dentro del cual se realizará el pago del beneficio, contado a partir de la aceptación del siniestro y previa recepción de la documentación requerida por la entidad aseguradora.

6.4.1 Notas aclaratorias importantes

- **Reincorporación laboral:** Si el asegurado regresa al trabajo, deberá restituir los montos pagados por la póliza, debidamente gestionados por la entidad aseguradora.
- **Nueva relación laboral:** Si el asegurado encuentra un nuevo empleo, deberá notificarlo formalmente a la aseguradora dentro del plazo establecido por el condicionado de la aseguradora.

6.5 Reservas técnicas para siniestros

La APS no brinda una normativa en la cual indique qué reservas se debe considerar y cómo se debe de calcular cada reserva de siniestros. Sin embargo, dentro del Plan Único de Cuentas (PUC) que nos brinda la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) se evidencia que las submodalidades del seguro de cesantía laboral cuenta con reservas técnicas:

¹⁶ Código de Comercio, Artículo 1031.

- Ocurridos y no reportados (Cuenta N.º 205.01M.93.50)
- Reclamados por liquidar (Cuenta N.º 205.02M.93.50)
- Controvertidos (Cuenta N.º 205. 03M. 93.50)

Además de ello, el PUC establecido por la APS se contaría con las obligaciones técnicas:

- Siniestros por pagar (Cuenta N.º 202. 01M.93.50)
- Siniestros en Mora (Cuenta N.º 202. 03M.93.50)

Si se requiere información adicional al respecto, véase el apartado “Reservas para siniestros” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

Reportes 07

7.1 Reportes mensuales

7.1 Reportes mensuales

Con base en la Resolución administrativa 91 (punto primero), las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas deben remitir a la APS, de forma mensual y hasta el día 15 de cada mes, un archivo plano en formato ASCII con separador *pipe*, que contenga las bases de datos de las siguientes cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) (si se requiere información adicional al respecto, véase el apartado “Reportes mensuales” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Aplicación 08

8.1 Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado

8.2 Cálculo de la prima de riesgo

8.3 Prima técnica

8.4 Prima tarifa

8.5 Prima total

8.6 Prima adicional

8.7 Impuestos

8.8 Composición de la prima

8.9 Reserva de riesgo en curso cobertura anual

8.10 Contabilidad

8.11 Rescisión de contrato de un seguro método plazos cortos mensual

8.12 Rescisión de contrato de un seguro método cálculo por días

En este apartado se mostrará la aplicación de los cálculos actuariales respecto a la póliza de seguros de cesantía laboral.

8.1 Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado

COBERTURA	Tasa de riesgo	Capital asegurado
Desempleo involuntario (A)	0,04757%	42.000,00
Incapacidad o invalidez temporal por accidente o enfermedad (B)	0,0528%	105.000,00

Se debe recalcar que las tasas de riesgo pueden variar dependiendo al cliente a asegurar por las actividades a la que está expuesto; asimismo el capital asegurado puede variar dependiendo a solicitud del cliente.

8.2 Cálculo de la prima de riesgo

Para obtener la prima de riesgo, se debe calcular la prima de riesgo de manera individual por cobertura y realizar la sumatoria, lo cual dará como resultado la prima de riesgo total.

No se debe olvidar transformar el valor de la tasa de riesgo porcentual a su equivalente entero y multiplicarlo por su capital asegurado.

COBERTURA	Tasa de riesgo		Capital asegurado		Prima de riesgo individual
Desempleo involuntario (A)	0,04657%	*	42.000,00	=	19,56
Incapacidad o invalidez temporal por accidente o enfermedad (B)	0,0528%	*	105.000,00	=	7,92
PRIMA DE RIESGO (A)+ (B)					27,48

8.3 Prima técnica

Para obtener la prima técnica, se debe añadir un porcentaje a la prima de riesgo encontrada previamente. A continuación, mostramos un ejemplo:

Ecuación 8 Prima técnica

$$PTec = PR * (1+\delta)$$

$$PTec = 27,48 * (1+0,005)$$

$$PTec = 27,62$$

$$Prima\ técnica = 27,62$$

8.4 Prima tarifa

Costo adicional	Sigla	Porcentaje establecido
Tasa de regulación	TREG	2%
Fondo de protección al asegurado	FPA	0,25%
Comisiones	Com	5%
Costos de producción	CP	10%
Gastos administrativos	GA	10%
Utilidad	UT	7%

En primera instancia se debe revisar los valores de los costos adicionales; cabe recalcar que estos valores pueden ser descritos en la nota técnica del presente seguro, así como también se puede verificar la teoría en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

Una vez determinada la prima técnica y los valores de los costos adicionales podemos determinar la prima tarifa.

$$PT = \frac{PTec}{1 - (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT)}$$

Fórmula de la prima tarifa

$$PT = \frac{27,62}{1 - (0,01 + 0,0025 + 0,05 + 0,1 + 0,1 + 0,07)}$$

Reemplazo valores

$$PT = \frac{27,62}{1 - (0,3425)}$$

Operaciones matemáticas

$$PT = 42,00$$

Prima tarifa

8.5 Prima total

$$PTT = PT * IMP$$

Fórmula de la prima total

$$PTT = 336 * \left(1 + \frac{0,16}{1 - 0,16}\right)$$

Reemplazo de valores

$$PTT = 42,00 * 1,19$$

Operaciones matemáticas

$$PTT = 50,00$$

Prima total

Cabe señalar que la prima total es el monto que el cliente paga a la aseguradora. Esta prima incluye tanto la cobertura del seguro como los impuestos establecidos por la ley.

8.6 Prima adicional

En este acápite se describe la fórmula para determinar el monto económico que corresponde a cada tasa adicional.

$$PA = (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT) * PT$$

Fórmula de la prima adicional, en el documento el apartado 3.5

$$PA = (0,01 + 0,0025 + 0,05 + 0,1 + 0,1 + 0,07) * 42,00$$

Reemplazo de valores

$$PA = 0,3425 * 42,00$$

Operaciones matemáticas

$$PA = 14,39$$

Prima adicional

Para finalizar este punto, una vez determinada la tasa adicional se procede a verificar el costo asociado a cada tasa adicional.

Sigla	%		Prima tarifa		Costos adicionales
TREG (A)	2%	*	42,00	=	0,84
FPA (B)	0,25%	*	42,00	=	0,10
Com (C)	5%	*	42,00	=	2,10
CP (D)	10%	*	42,00	=	4,20
GA (E)	10%	*	42,00	=	4,20
UT (F)	7%	*	42,00	=	2,94
PRIMA ADICIONAL (A)+ (B)+ (C)+ (D)+ (E)+ (F)					14,39

8.7 Impuestos

Sigla	Porcentaje establecido		Prima tarifa		Costos de impuestos
IVA (A)	13%	*	42,00	=	6,50
IT (B)	3%	*	42,00	=	1,50
PRIMA ADICIONAL (A)+ (B)					8,00

Considerando la normativa tributaria boliviana, se debe calcular el impuesto que se deberá declarar por la prima total en los dos impuestos principales; IVA e IT.

8.8 Composición de la prima

$$PTT = PTec + PA + IMP$$

Fórmula de composición de la prima

$$PTT = 27,62 + 14,39 + 8,00$$

Fórmula de composición de la prima

$$PTT = 50,00$$

Prima total

$$PT = PTec + PA$$

Fórmula de composición de la prima

$$PT = 27,62 + 14,39$$

Reemplazo de valores

$$PT = 42,00$$

Prima tarifa

$$PTec = PT - PA$$

Fórmula de composición de la prima

$$PTec = 42,00 - 14,39$$

Reemplazo de valores

$$PTec = 27,62$$

Prima Técnica

8.9 Reserva de riesgo en curso cobertura anual

Considerando el método de los veinticuatroavos podemos determinar la liberación de la reserva de riesgo en curso mes a mes consumido la prima:

Método de los veinticuatroavos

$$R_t = (23/24) * M_{t-1} + (21/24) * M_{t-2} + (19/24) * M_{t-3} + (17/24) * M_{t-4} + (15/24) * M_{t-5} + (13/24) * M_{t-6} + (11/24) * M_{t-7} + (9/24) * M_{t-8} + (7/24) * M_{t-9} + (5/24) * M_{t-10} + 3/24 * M_{t-11} + (1/24) * M_{t-12}$$

Donde:

R_t : Reserva para riesgos en curso del mes

M_t : Monto de las primas netas del reaseguro suscritas en el mes t

De este cálculo podemos determinar, mes a mes, el monto de la liberación.

Mes	FACTOR (A)	Saldo (B)	Reserva pendiente (A*B)=(C)	Liberación (B)-(C)
Enero	(23/24) avos	27,62	26,47	1,15
Febrero	(21/24) avo	26,47	23,16	3,31
Marzo	(19/24) avo	23,16	18,33	4,82
Abril	(17/24) avos	18,33	12,99	5,35
Mayo	(15/24) avos	12,99	8,12	4,87
Junio	(13/24) avos	8,12	4,40	3,72
Julio	(11/24) avos	4,40	2,01	2,38

SEGURO DE RENTA TEMPORAL POR CESANTÍA

Mes	FACTOR (A)	Saldo (B)	Reserva pendiente (A*B)=(C)	Liberación (B)-(C)
Agosto	(9/24) avos	2,01	0,76	1,26
Septiembre	(7/24) avos	0,76	0,22	0,54
Octubre	(5/24) avos	0,22	0,05	0,17
Noviembre	(3/24) avos	0,05	0,01	0,04
Diciembre	(1/24) avos	0,01	0,00	0,01
TOTAL				27,62

8.10 Contabilidad

a. Producción nueva; primera venta; nunca tuvo seguro de cesantía laboral

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.43	1.02.011.93.43	PRIMA POR COBRAR	50,00	
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE		6,50
4.01.011.93.43	4.01.011.93.43.01	PRIMA TÉCNICA		27,62
4.01.041.93.43	4.01.041.93.43.01	PRIMAS ADICIONALES		15,89
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.43	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	57.000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.43	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		57.000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	0,85	-
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	0,11	-
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	-	0,85
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	-	0,11
5.08.011.93.43	5.08.011.93.43.01	CONSTITUCIÓN RRC SOATC M.N.	27,62	
2.04.011.93.43	2.04.011.93.43.01	SALDO RRC SOATC M.N.		27,62
			57.050,96	57.050,96

b. Aplicación tributaria una vez facturado

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	6,50	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		6,50
5.21.041.01.01	5.21.041.01.01	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	1,50	-
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	-	1,50
			8,00	8,00

c. Reservas de riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.43	2.04.011.93.43.01	SALDO RRC CESANTÍA M.N.	1,15	
4.08.011.93.43	4.08.011.93.43.01	LIBERACIÓN RRC CESANTÍA M.N.		1,15
			1,15	1,15

d. Capitales asegurados a fin de vigencia

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.43	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		57.000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.43	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	57.000,00	
			57.000,00	57.000,00

8.11 Rescisión de contrato de un seguro método plazos cortos mensual

Considere una póliza con un inicio de cobertura al 29/2/2024 y un a finalización de cobertura al 28/2/2025. Además de ello, el asegurado solicita la anulación en fecha 2/8/2024.

DATOS	
Inicio de vigencia	29/2/2024
Fin vigencia	28/2/2025
Rescisión de contrato	2/8/2024

Otro dato que utilizaremos es la prima técnica que para el ejemplo equivale a 27,62.

Considerando la fecha de anulación de contrato, podemos determinar que la póliza tuvo de vigencia de 5 meses.

Utilizando la tabla de cancelación a corto plazo, se puede determinar lo siguiente:

6 días de vigencia	10% de la prima de riesgo anual
18 días de vigencia	15% de la prima de riesgo anual
23 días de vigencia	20% de la prima de riesgo anual
1 mes de vigencia	28% de la prima de riesgo anual
2 meses de vigencia	30% de la prima de riesgo anual
3 meses de vigencia	40% de la prima de riesgo anual
5 meses de vigencia	50% de la prima de riesgo anual
7 meses de vigencia	70% de la prima de riesgo anual
8-12 meses de vigencia	100% de la prima de riesgo anual
6 días de vigencia	10% de la prima de riesgo anual

De esta información, podemos determinar lo siguiente:

Meses consumidos	5
Meses no consumidos	7

Para realizar los calculo usamos el valor de:

5 meses de vigencia	50%
---------------------	-----

Con esto datos, se puede determinar la proporción de la prima que corresponde a la entidad aseguradora.

Prima del tiempo corrido = Prima técnica * % tarifa de corto plazo

Fórmula para calcular tiempo corrido o consumido

Prima del tiempo corrido = 27,62 * 50%

Reemplazo de valores

Prima del tiempo corrido = 13,81

Monto de la prima que le corresponde a la compañía aseguradora

Después de este cálculo, se puede determinar el monto de la prima que corresponde para devolución.

Prima del tiempo no corrido = Prima técnica - Prima del tiempo no corrido

Fórmula para calcular tiempo no corrido o prima no consumida

Prima del tiempo corrido = 27,62 - 13,81

Reemplazo de valores

Prima del tiempo corrido = 13,81

Monto de la prima que le corresponde para devolución al asegurado

8.12 Rescisión de contrato de un seguro método cálculo por días

Considere una póliza con un inicio de cobertura al 29/2/2024 y un a finalización de cobertura al 28/2/2025. Además de ello, el asegurado solicita la anulación en fecha 2/8/2024.

Datos	
Inicio de vigencia	29/2/2024
Fin vigencia	28/2/2025
Rescisión de contrato	2/8/2024

Otro dato relevante es que la prima técnica equivale, para el ejemplo, a 27,62.

Considerando la fecha de anulación de contrato podemos determinar que la póliza tuvo de vigencia de 155 días.

De esta información, se establece lo siguiente:

Días consumidos	155
Días no consumidos	210

Con esto datos se puede determinar la proporción de la prima que corresponde a la entidad aseguradora.

$$\textit{Prima diaria} = \frac{\textit{Prima técnica}}{365}$$

Fórmula para calcular tiempo corrido o consumido

$$\textit{Prima diaria} = \frac{27,62}{365}$$

Reemplazo de valores

$$\textit{Prima diaria} = 0,08$$

Valor de la prima diaria

$$\textit{Prima del tiempo corrido} = \textit{Prima diaria} * \textit{Días consumidos}$$

Fórmula para calcular tiempo corrido o consumido

$$\textit{Prima del tiempo corrido} = 0,08 * 155$$

Reemplazo de valores

$$\textit{Prima del tiempo corrido} = 11,73$$

Monto de la prima que le corresponde a la compañía aseguradora

Después de este cálculo, se puede determinar el monto de la prima que corresponde para devolución.

$$\textit{Prima del tiempo corrido} = \textit{Prima diaria} * \textit{Días no consumidos}$$

Fórmula para calcular tiempo no corrido o prima no consumida

$$\textit{Prima del tiempo corrido} = 0,08 * 210$$

Reemplazo de valores

$$\textit{Prima del tiempo corrido} = 15,89$$

Monto de la prima que le corresponde a la compañía aseguradora

Base legal o normativa 09

Ley N.º 14379 Código de Comercio de 25 de febrero de 1977

Esta ley materializa el deseo de dotar al país de una nueva estructura legal que, además de fomentar y desarrollar la actividad comercial en general, en concordancia con las tendencias modernas que influyen en esta área, contribuirá de manera positiva a los planes y programas del Gobierno Nacional para promover activamente el fortalecimiento económico del país y las oportunidades que ofrece el proceso de integración.

Ley N.º 1883 Ley de Seguros de Bolivia de 25 de junio de 1998

Esta ley y sus reglamentos tienen por objetivo regular la actividad aseguradora, reaseguradora, de intermediarios, auxiliares y entidades de prepago para que cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia, garantizando un mercado competitivo. Asimismo, determina los derechos y deberes de las entidades aseguradoras y establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

Resolución administrativa APS N.º 31/1998 - Reglamento de reservas para riesgo en curso del 30 de diciembre de 1998

Las entidades aseguradoras que operen en seguros generales, fianzas y personas a corto plazo, constituirán la reserva para riesgo en curso correspondiente a la parte no devengada de las primas netas de reaseguro, de forma mensual de acuerdo con los lineamientos establecidos en el presente reglamento.

Resolución administrativa APS N.º 70 /1999 - Reglamento de registro de pólizas anexos y/o cláusulas adicionales 23 de abril de 1999

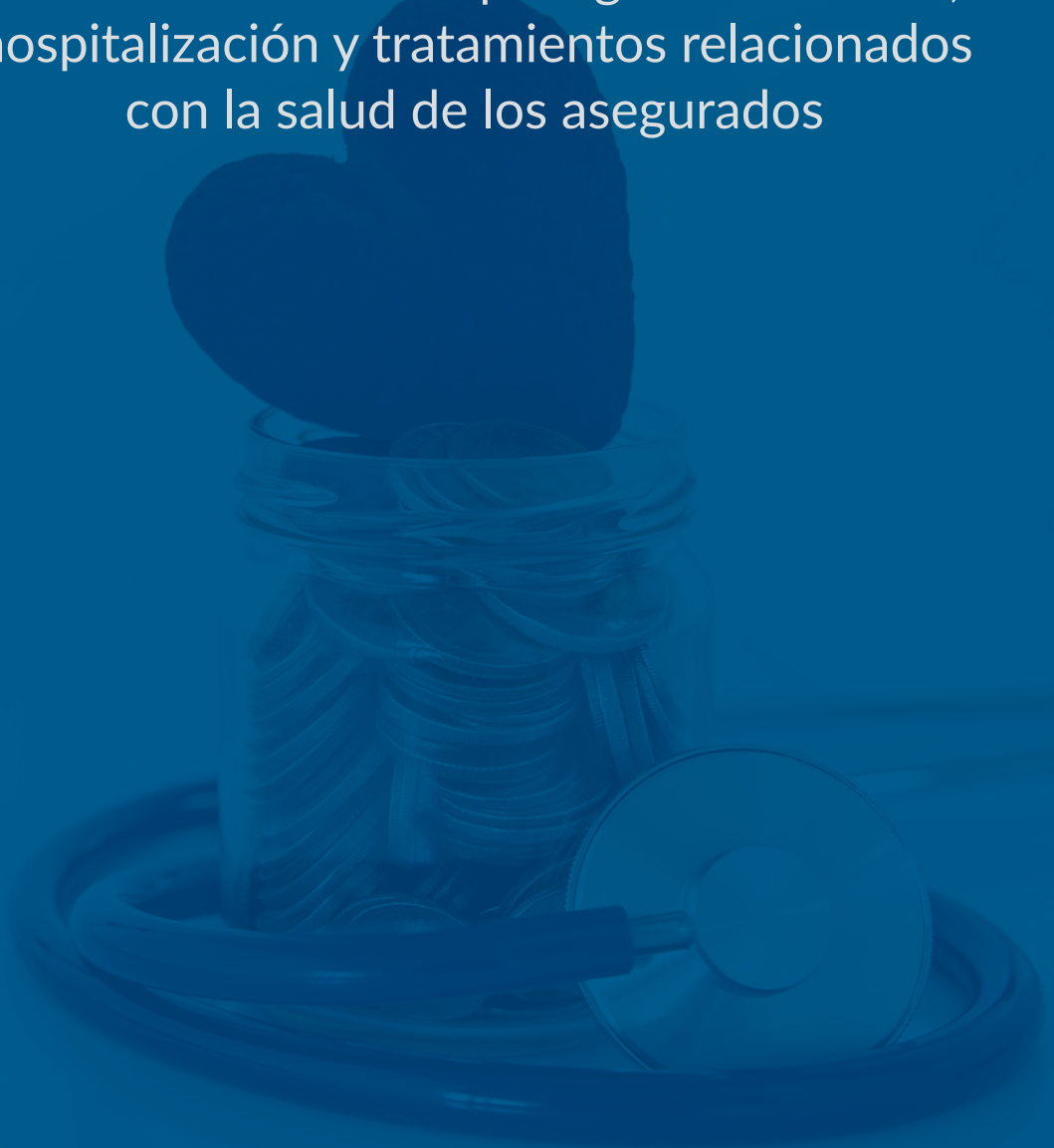
Las pólizas, anexos o cláusulas adicionales, objeto de comercialización de las entidades aseguradoras deberán ser presentadas a la superintendencia de pensiones, valores y seguros para su registro de manera previa a su comercialización.

Resolución administrativa APS N.º 91/2015 - Se dispone la remisión de bases de datos de reservas técnicas y siniestros pagados del 30 de enero de 2015

Se dispone a las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas remitan a la Autoridad de Fiscalización y Control de pensiones y Seguros (APS), de manera mensual hasta el 15 de cada mes las bases de datos de las cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) referentes a reservas técnicas y siniestros.

SEGUROS DE SALUD O ENFERMEDAD

Cobertura financiera para gastos médicos,
hospitalización y tratamientos relacionados
con la salud de los asegurados



Índice

1.	Introducción	273
1.2	Objetivo.....	273
1.3	Alcance.....	273
1.4	Glosario de términos.....	274
2.	Gestión integral del producto	275
2.1	Conceptos básicos.....	275
2.1.1	Beneficios de optar por un seguro de salud.....	275
2.1.2	Definición de seguro de salud y enfermedad.....	276
2.1.3	Definiciones clave de salud y enfermedad.....	276
2.1.4	Tipología de servicios de seguros de salud.....	276
2.1.5	Tipos de seguros de salud.....	276
2.1.6	Ventajas de contar con un seguro de salud.....	277
2.2	Elaboración de la nota técnica.....	277
2.3	Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios.....	278
3.	Cotización	279
3.1	Coberturas.....	279
3.1.1	Tipos de cobertura.....	279
3.1.2	Tipos de atención médica.....	280
3.1.3	Coberturas mencionadas por la APS.....	281
3.1.4	Coberturas frecuentes por aseguradoras en Bolivia.....	281
3.1.5	Cobertura hospitalaria.....	282
3.1.6	Cobertura opcional de maternidad.....	282
3.1.7	Coberturas adicionales.....	282
3.2	Estructura de la prima.....	283
3.2.1	Tasa de riesgo.....	284
3.2.2	Prima de riesgo.....	284
3.2.3	Prima técnica.....	285
3.2.4	Prima tarifa.....	285
3.2.5	Prima total.....	286
3.2.6	Prima adicional.....	287
3.2.7	Composición de la prima.....	287
3.2.8	Prima grupal.....	288
3.3	Documento <i>slip</i> de cotización.....	288

4.	Suscripción y emisión	291
4.1	Evaluación de riesgos en los seguros de salud o enfermedad	291
4.2	Póliza del seguro.....	292
4.2.1	Límites de edades en la póliza	292
4.2.2	Coberturas.....	292
4.2.3	Coberturas especiales.....	293
4.2.4	Condiciones especiales de las pólizas	294
4.2.5	Exclusiones.....	294
4.2.6	Coberturas adicionales	296
4.2.7	Término del seguro	297
4.2.8	Beneficiarios.....	297
4.2.9	Vigencia.....	297
5.	Gestión financiera.....	299
5.1	Cobranza	299
5.2	Contabilidad	299
5.2.1	Producción nueva	299
5.2.2	Ampliación tributaria una vez facturado (aplica a venta en vigencia nueva, renovada y anexo).....	300
5.2.3	Liberación de reservas de riesgo en curso	300
5.3	Reaseguro	301
5.4	Reservas de riesgo en curso	301
5.5	Inversiones.....	302
6.	Siniestro	303
6.1	Atención e indemnización de siniestros.....	303
6.1.1	Siniestro	304
6.1.2	Notificación del siniestro.....	304
6.1.3	Presentación de documentación	304
6.1.4	Evaluación del siniestro	304
6.1.5	Respuesta de la compañía	304
6.1.6	Pago del beneficio	304
7.	Reportes.....	307
7.1	Reportes mensuales.....	307
8.	Aplicación	309
8.1	Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado	309
8.2	Cálculo de la prima de riesgo	310
8.3	Prima técnica	310
8.4	Prima tarifa	310
8.5	Prima total	311
8.6	Prima adicional	311
8.7	Impuestos	312
8.8	Composición de la prima	312

8.9	Reserva de riesgo en curso cobertura anual	313
8.10	Contabilidad	314
9.	Base legal o normativa.....	315

Tablas

Tabla 1	Costos adicionales	286
Tabla 2	Impuestos.....	286
Tabla 3	Asiento contable producción nueva.....	300
Tabla 4	Aplicación tributaria una vez facturado.....	300
Tabla 5	Asiento contable reserva riesgo en curso	301

Ecuaciones

Ecuación 1	Prima de riesgo	285
Ecuación 2	Prima técnica	285
Ecuación 3	Prima tarifa	286
Ecuación 4	Prima tarifa	287
Ecuación 5	Prima total	287
Ecuación 6	Prima adicional	287
Ecuación 7	Prima total	288
Ecuación 8	Prima total grupal	288
Ecuación 9	Prima técnica	310

Introducción 01

1.1 Antecedentes

1.2 Objetivo

1.3 Alcance

1.4 Glosario de términos

1.1 Antecedentes

El seguro de salud o enfermedad está diseñado para ofrecer protección financiera frente a eventos que afecten la salud del asegurado. Este tipo de seguro proporciona coberturas específicas, como indemnización por hospitalización, gastos de sepelio, renta hospitalaria e indemnización por enfermedades graves como el cáncer, según las condiciones establecidas en la póliza.

1.2 Objetivo

El objetivo de este documento es brindar una comprensión detallada sobre el seguro de salud o enfermedad, explicando los beneficios que otorga, las exclusiones aplicables y las normativas legales involucradas. Se busca que el lector conozca cómo las coberturas, tales como la renta hospitalaria y la indemnización por enfermedades graves, ofrecen seguridad económica a los asegurados y sus familias ante situaciones críticas de salud.

1.3 Alcance

Este documento tiene el objetivo de ofrecer una descripción clara sobre los procesos y requisitos administrativos relacionados con el seguro de salud o enfermedad. El alcance

incluye el análisis de las coberturas principales, el proceso de reclamación ante siniestros y los límites de permanencia, así como las exclusiones de cobertura que aplican para ciertos riesgos y enfermedades preexistentes.

1.4 Glosario de términos

Asegurado	Persona titular de la póliza que recibe las coberturas establecidas en el contrato de seguro, o el miembro de la familia declarado para recibir protección frente a eventos relacionados con la salud.
Beneficiario	Persona que recibe las prestaciones o indemnizaciones en caso de fallecimiento o enfermedad del asegurado, según lo estipulado en la póliza.
Cobertura	Protección que otorga la aseguradora en caso de que se presenten eventos específicos, tales como hospitalización, fallecimiento o diagnóstico de cáncer. Cada cobertura tiene límites y condiciones definidos en la póliza.
Exclusiones	Situaciones o condiciones que no están cubiertas por la póliza. Ejemplos incluyen enfermedades preexistentes, lesiones autoinfligidas o participación en actividades peligrosas.
Gastos de sepelio	Indemnización otorgada para cubrir los costos funerarios en caso de fallecimiento del asegurado o miembro de la familia cubierto por la póliza, dentro del límite establecido.
Indemnización por cáncer	Beneficio que se paga al asegurado o a su familia cuando se diagnostica cáncer, según las condiciones específicas del contrato, como la presentación de un informe patológico positivo.
Período de carencia	Tiempo determinado que debe transcurrir desde el inicio de la vigencia de la póliza para que algunas coberturas sean efectivas, como la cobertura por cáncer o fallecimiento.
Prima	El pago que debe realizar el tomador del seguro (o el asegurado) para mantener vigente la cobertura. En este caso, la prima es anual y debe ser abonada dentro del plazo establecido para garantizar la protección.
Renta hospitalaria	Cantidad diaria que la aseguradora paga al asegurado o a su familia en caso de hospitalización, hasta el límite máximo indicado en la póliza.
Siniestro	Evento cubierto por la póliza, como el fallecimiento o la hospitalización del asegurado. La ocurrencia de un siniestro desencadena el derecho a reclamar indemnización bajo las condiciones del contrato.
Tomador	Persona o entidad que contrata el seguro con la aseguradora y se compromete a pagar las primas. En este caso, podría ser una institución financiera que actúa en nombre de los asegurados.
Vigencia del seguro	Periodo durante el cual el seguro está activo y las coberturas proporcionadas por la póliza son aplicables. Generalmente, es renovable automáticamente al final de cada periodo.

2.1 Conceptos básicos

2.2 Nota técnica

2.2 Registro de pólizas, anexos y cláusulas

2.1 Conceptos básicos

En este apartado se abordarán los conceptos básicos y esenciales que son necesarios para el uso y comprensión de los seguros de salud o enfermedad. Es fundamental que los usuarios adquieran un entendimiento claro de estos términos, ya que facilitarán la toma de decisiones informadas al momento de seleccionar una póliza de seguro adecuada a sus necesidades. Conocer estos conceptos permitirá a los asegurados navegar por el proceso de adquisición y utilización de servicios de salud de manera más efectiva, asegurando así una protección óptima en situaciones de enfermedad o emergencia médica.

2.1.1 Beneficios de optar por un seguro de salud

Contratar un seguro de salud proporciona una capa adicional de protección y tranquilidad tanto para el asegurado como para sus familiares. Al contar con un seguro privado, se garantiza acceso a una atención médica de calidad con menores tiempos de espera, opciones más flexibles y una mayor libertad de elección, lo que incluye la posibilidad de obtener una segunda opinión médica cuando sea necesario.¹

¹ Santacreu, J. (2017). *El seguro de salud para dummies*. DKV, p. 10.

2.1.2 Definición de seguro de salud y enfermedad

El seguro de salud o enfermedad es un instrumento diseñado para cubrir los riesgos que afectan a las personas como consecuencia de enfermedades, y se enfoca en garantizar el acceso a atención médica, gastos hospitalarios y tratamientos médicos. Según expertos en la materia, este tipo de seguro protege a los asegurados contra los gastos imprevistos derivados de la atención médica, brindando una red de seguridad ante contingencias de salud.²

2.1.3 Definiciones clave de salud y enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia. Esta perspectiva integral subraya la importancia de una visión holística del bienestar. Por otro lado, la enfermedad es considerada como una alteración del funcionamiento normal del organismo o de alguna de sus partes, generando desarreglos que pueden ser corroborados mediante pruebas patológicas.³

2.1.4 Tipología de servicios de seguros de salud

Existen diferentes tipos de seguros de salud, que varían según los servicios que ofrezcan. Estos se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- **Servicios completos:** Incluyen una cobertura amplia que abarca desde medicina general y servicios de enfermería, hasta análisis, radiología simple, urgencias y ambulancias.
- **Servicios limitados:** Ofrecen coberturas más reducidas, limitándose a algunos aspectos como consultas ambulatorias, atención de especialistas o sólo hospitalización.⁴

2.1.5 Tipos de seguros de salud

- **Póliza de cuadro médico:** El asegurado dispondrá de una amplia lista predefinida de centros y profesionales médicos. Este cuadro médico, que en su versión impresa resulta cada vez más extenso, deberá poder consultarse en línea o por teléfono, para garantizar el acceso a la versión más actualizada.⁵

Las prestaciones médicas se ofrecen a través de un cuadro de profesionales que facilita la entidad aseguradora. El asegurado podrá elegir, dentro de cada especialidad, al médico que prefiera de una lista cerrada. Lo mismo aplica para los centros sanitarios a los que puede acudir.⁶

2 Bellido, N. *Seguros de salud y enfermedad*, p. 28.

3 Pérez, J. *Manual de patología médica*, p. 369.

4 Santacreu, *op. cit.*, pp. 10-11.

5 Santacreu, *op. cit.*, p. 24.

6 Pérez Torres, J. (1986). *Conociendo el seguro: Teoría general del seguro*, p. 378.

- **Póliza de reembolso:** Permite acceder a todo el cuadro médico concertado de la compañía sin necesidad de realizar ningún pago previo, o bien optar por cualquier médico especialista o centro que se elija, tanto dentro del país como en el extranjero, incluso si no forman parte del cuadro médico.

En este último caso, se deberá abonar directamente la consulta o el tratamiento en el momento de recibirlo, y posteriormente la aseguradora reembolsará una parte o la totalidad del importe pagado, según el tipo de póliza contratada y el servicio utilizado. Cada póliza establece un límite máximo de reembolso para cada tipo de acto médico, pudiendo aplicarse límites tanto diarios como anuales.⁷

La asistencia sanitaria también puede prestarse a través de cualquier clínica o médico libremente elegido por el asegurado. En este caso, normalmente la compañía cubre el coste total o parcial del servicio, mientras que el asegurado asume la parte restante, tras haber adelantado inicialmente el pago de los honorarios. En este modelo, la compañía no proporciona directamente el servicio sanitario, sino que se limita a realizar una prestación económica en concepto de reembolso.⁸

2.1.6 Ventajas de contar con un seguro de salud

Las ventajas de contar con un seguro de salud son numerosas y relevantes para quienes buscan una atención de calidad. Entre ellas destacan:

- **Agilidad y flexibilidad:** Los tiempos de espera suelen ser menores que en el sistema público.
- **Calidad profesional y tecnológica:** Acceso a especialistas con equipos de última generación.
- **Comodidad y libertad:** Posibilidad de elegir médicos y centros de atención según conveniencia.
- **Innovación y disponibilidad:** Cobertura global con atención las 24 horas del día, los 365 días del año, lo que asegura atención médica inmediata en cualquier momento.

2.2 Elaboración de la nota técnica

La nota técnica es un procedimiento estándar que se aplica a todos los seguros de personas. Se trata de un documento clave en el ámbito de los seguros que detalla la estructura financiera y actuarial de un producto de seguro. Su propósito es justificar las tarifas, beneficios y condiciones de una póliza, fundamentado en principios técnicos y matemáticos (para mayor información, véase el apartado “Elaboración de la nota técnica”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, vol. 1).

⁷ Santacreu, *op. cit.*, pp. 25-26.

⁸ Pérez Torres, *op. cit.*, p. 378.

En seguros de personas, la nota técnica suele incluir:

- **Descripción del producto:** Características generales de la póliza, como coberturas, exclusiones y duración del seguro.
- **Bases técnicas:** Supuestos sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, siniestralidad y comportamiento de los asegurados.
- **Cálculo de primas:** Metodología para determinar el monto de la prima, que incluye el costo puro de riesgo, gastos administrativos, margen de seguridad y rentabilidad. Para el apartado de cálculo de la prima dentro de la elaboración de la nota técnica, se puede recurrir a los conceptos expuestos en este documento, en el apartado “Estructura de la prima”.
- **Provisión de reservas técnicas:** Detalle de cómo se establecerán las reservas para garantizar el cumplimiento futuro de las obligaciones con los asegurados.
- **Revisión y ajustes:** Mecanismos para ajustar primas o beneficios según la experiencia de siniestralidad o cambios en los supuestos técnicos.

Este documento es evaluado por las autoridades regulatorias (como la APS en Bolivia) para asegurar que los productos ofrecidos por las aseguradoras sean viables y justos tanto para los asegurados como para las empresas aseguradoras.

2.3 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios

El registro de pólizas, anexos y cláusulas es un proceso general aplicable a todos los seguros de personas. Este procedimiento asegura que cada póliza, junto con sus anexos y cláusulas adicionales, cumpla con las normativas legales y regulatorias establecidas. Su correcta gestión garantiza transparencia y protección tanto para el asegurado como para la aseguradora.

En este registro se incluyen:

- **Pólizas:** El documento principal que formaliza el contrato entre el asegurado y la aseguradora, estableciendo las coberturas, primas, condiciones y exclusiones.
- **Anexos:** Modificaciones o adiciones a la póliza original que pueden alterar aspectos como coberturas o condiciones específicas.
- **Cláusulas:** Condiciones adicionales que ajustan o complementan los términos del seguro, ya sea limitando o ampliando las obligaciones y derechos de las partes involucradas.
- **Formularios:** Documentos estandarizados utilizados por las compañías aseguradoras para recabar, registrar o formalizar información relacionada con una póliza de seguros.

(Para mayor información, véase el apartado “Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Cotización 03

3.1 Coberturas

3.2 Estructura de la prima

3.3 Elaboración de Documento *slip*

3.1 Coberturas

Las coberturas dependen del tipo de producto contratado y de las prestaciones específicas incluidas en cada póliza.

3.1.1 Tipos de cobertura

Se tiene dos tipos de cobertura principales:⁹

Prevención:

Su principal objetivo es prevenir las enfermedades en la medida de lo posible o, en su defecto, reducir su impacto. Abarca los siguientes campos de actuación:

- Detección temprana de algunas enfermedades.
- Promoción de la salud.
- Medidas para eliminar o disminuir riesgos de salud.

⁹ Santacreu, *op. cit.*, pp. 27-28.

- Prevención de enfermedades que puedan surgir.
- Evitar las complicaciones de las enfermedades ya existentes.
- Fomentar la vida saludable.

Curación o restauración:

Es la prestación cuyo objetivo principal es recuperar la salud del asegurado, devolviendo la salud a la persona enferma. Sus campos de actuación son diferentes a los anteriores:

- Acciones terapéuticas y de rehabilitación.
- Tratamiento de accidentes.
- Curación de enfermedades.
- Hospitalización quirúrgica y no quirúrgica.
- Maternidad (estar embarazada no es una enfermedad, pero conlleva una serie de riesgos).

3.1.2 Tipos de atención médica

Los seguros médicos suelen clasificar la asistencia médica en varios tipos (cada tipo tiene un precio diferente y depende de la edad de la edad del cliente):¹⁰

- **Asistencia médica:** Medicina general, urgencias, pediatría, ambulancias, chequeos, análisis, etc.
- **Especialistas:** Especialidades médicas o quirúrgicas, los medios de diagnóstico y los tratamientos que se realizan en consulta.
- **Hospitalización:** Tratamientos oncológicos, cirugías, Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), parto, prótesis. Además, algunas otras prestaciones van incluidas según los tipos de asistencia contratada:
 - Asistencia mundial en caso de urgencia.
 - Farmacia.
 - Reembolso de tus facturas en el extranjero por enfermedad grave.
 - Servicios de asistencia familiar, en caso de dependencia por un accidente.
 - Segunda opinión médica y bioética por enfermedad grave.
 - Servicios e-Salud.

¹⁰ *Ibid.*

- Psicología.
- Programas de medicina preventiva gratuitos.
- Técnicas de planificación familiar.
- Reconstrucción de la mama tras cirugía radical oncológica.
- Trasplantes de médula, hígado, riñón, córnea y corazón.
- Asistencia en urgencias, con ingreso si es necesario.

3.1.3 Coberturas mencionadas por la APS

Conforme a lo establecido por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), las coberturas habituales en los seguros de salud y enfermedad comprenden:

- Hospitalización.
- Cobertura ambulatoria.
- Embarazos.
- Odontología.
- Medicamentos.
- Cirugías (excepto estéticas).
- Ámbito nacional e internacional.

3.1.4 Coberturas frecuentes por aseguradoras en Bolivia

Cobertura ambulatoria:

Es el conjunto de prestaciones médicas cubiertas por un seguro de salud que se realizan de manera externa, sin necesidad de internación. Incluye servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos que pueden ser realizados en consultorios, clínicas o centros médicos sin que el paciente permanezca hospitalizado.



Medicina ambulatoria general:

Esta cobertura garantiza el acceso a consultas y tratamientos de medicina general, permitiendo a los asegurados recibir atención médica para enfermedades comunes, chequeos rutinarios y atención preventiva. Es esencial para el mantenimiento de la salud y la detección temprana de condiciones médicas.

Consulta ambulatoria de medicina especializada:

Esta cobertura incluye consultas con médicos especialistas, tales como pediatras y ginecólogos. Los asegurados pueden acceder a atención médica específica que requiere un enfoque más detallado, garantizado así un seguimiento adecuado de la salud de cada individuo, especialmente en áreas críticas como la salud infantil y reproductiva.



Suministro de medicamento ambulatorio:

Esta cobertura se refiere al reembolso o la provisión de medicamentos que son prescritos durante consultas ambulatorias. Permite a los asegurados acceder a tratamientos farmacológicos necesarios sin incurrir en costos elevados, promoviendo así la adherencia a las pautas de tratamiento y el manejo efectivo de enfermedades.

Exámenes de laboratorio médico:

Esta cobertura incluye una variedad de pruebas, diagnósticas que pueden ser necesarias para evaluar la salud del paciente, como análisis de sangre, pruebas de orina y estudios de imagen. Los exámenes de laboratorio son esenciales para el diagnóstico preciso de enfermedades, el monitoreo de condiciones crónicas y la evaluación del estado general de salud.



3.1.5 Cobertura hospitalaria

Es el conjunto de prestaciones y servicios médicos incluidos en un seguro de salud que cubren los gastos por internación del asegurado. Esto incluye atención médica durante la hospitalización, intervenciones quirúrgicas, uso de quirófano, habitación, medicamentos hospitalarios y servicios auxiliares.

Corresponde a los gastos médicos por atenciones médicas en una clínica, hospital, centro médico o institución de salud debidamente autorizado, donde se permanece internado por 24 o más horas.

3.1.6 Cobertura opcional de maternidad

Protege contra los gastos médicos relacionados con el embarazo, desde la atención prenatal hasta el parto. Incluye controles prenatales, ecografías, complicaciones durante el embarazo, parto (normal, múltiple o cesárea) y atención médica postparto.

3.1.7 Coberturas adicionales

Como parte de las coberturas adicionales que pueden estar incluidas en este tipo de seguro, es importante destacar las siguientes:

- **Muerte por cualquier causa:** Esta cobertura proporciona una indemnización a los beneficiarios del asegurado en caso de fallecimiento, independientemente de la

causa. Es una herramienta financiera vital que ofrece tranquilidad y estabilidad económica a la familia en un momento de gran dolor.

- **Gastos de sepelio:** Esta cobertura se encarga de cubrir los costos asociados con los servicios funerarios, como el ataúd, el transporte y otros gastos relacionados. Aliviando así la carga financiera sobre los seres queridos del asegurado y permitiéndoles centrarse en el proceso de duelo.
- **Renta hospitalaria:** Con esta cobertura, el asegurado recibe un pago diario durante su estancia en el hospital. Este apoyo financiero resulta esencial para ayudar a cubrir gastos cotidianos, asegurando que la familia no se vea afectada económicamente mientras el asegurado se recupera.
- **Indemnización por cáncer:** Esta cobertura ofrece una compensación económica al asegurado en caso de recibir un diagnóstico de cáncer. Dado el elevado costo de los tratamientos oncológicos, esta indemnización puede ser crucial para cubrir gastos médicos, tratamientos alternativos y cualquier necesidad financiera derivada de la enfermedad.

Cada una de estas coberturas adicionales está diseñada para proporcionar un respaldo financiero sólido en momentos difíciles, garantizando así una protección integral que va más allá de la atención médica básica.

3.2 Estructura de la prima

El seguro de salud, según lo que dispone la aseguradora, puede incluir una variedad de coberturas que son fundamentales para brindar una protección integral a los asegurados.

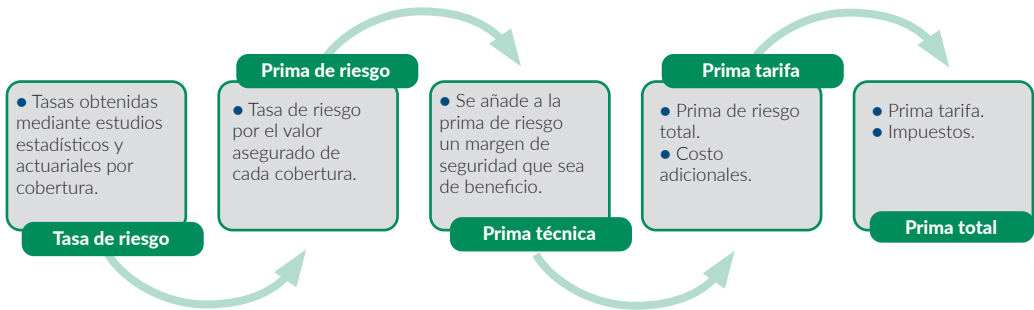
Para calcular la prima del seguro de salud, es fundamental evaluar el riesgo asociado con cada póliza. Esto incluye determinar qué coberturas serán necesarias y cuál será el capital asegurado. Sin embargo, en algunos casos, este último dato queda a discreción de la aseguradora, lo que puede dificultar la estimación precisa del costo de la prima.

Es relevante señalar que la normativa boliviana en materia de seguros no establece directrices específicas sobre cómo debe llevarse a cabo el cálculo de la prima. Esta falta de regulación puede generar incertidumbre tanto para los asegurados como para las aseguradoras al momento de establecer condiciones y costos en sus pólizas.

Tampoco se menciona si el seguro contará con impuestos. No obstante, según la normativa general orientada a seguros de personas, se propondrá la siguiente estructura para el cálculo de la prima.

Esta estructura busca proporcionar un marco claro y coherente que permita a las aseguradoras evaluar el riesgo de manera efectiva y establecer precios adecuados para sus pólizas.

Ilustración 1
Estructura de la prima



3.2.1 Tasa de riesgo

La tasa de riesgo (TR) se determina mediante un cálculo actuarial que considera varios factores, como la frecuencia esperada de los siniestros y el costo promedio de los reclamos. Es crucial para las aseguradoras establecer tasas de riesgo precisas y adecuadas, ya que éstas determinan el precio de la prima que cobran a los asegurados. Una tasa de riesgo demasiado baja puede llevar a pérdidas financieras si los reclamos exceden las reservas, mientras que una tasa demasiado alta puede resultar en primas no competitivas y pérdida de clientes.

Este valor de la tasa de riesgo será determinado por la oficina técnica correspondiente, también se menciona que el valor de la tasa de riesgo por cobertura puede variar dependiendo a la cartera con la que se trabaje.

3.2.2 Prima de riesgo

Ésta representa la parte del pago que cubre el costo real de la protección que ofrece la aseguradora. En otras palabras, es el dinero que la compañía necesita para hacer frente a los posibles siniestros que puedan ocurrir y para los que el asegurado está cubierto.

Ecuación 1 Prima de riesgo

$$PR = (TR_i * VA_i) + (TR_j * VA_j) + (TR_k * VA_k) + \dots + (TR_n * VA_n)$$

Donde:

PR: Prima de riesgo

TR_i: Tasa de riesgo por cobertura atención hospitalaria

TR_j: Tasa de riesgo por cobertura atención ambulatoria

TR_k: Tasa de riesgo por cobertura emergencia por enfermedad

TR_n: Tasa de riesgo por cobertura de atención hospitalaria

VA_i: Valor asegurado por cobertura de muerte o fallecimiento

VA_j: Valor asegurado por cobertura atención ambulatoria

VA_k: Valor asegurado por cobertura emergencia por enfermedad

VA_n: Valor asegurado por cobertura emergencia accidental

Cabe mencionar que las coberturas pueden variar dependiendo de lo solicitado por el asegurado.

3.2.3 Prima técnica

Esta prima incluye no sólo el valor actuarial estimado del riesgo (conocido como prima de riesgo), sino también un margen de seguridad o carga de seguridad, destinado a compensar posibles desviaciones estadísticas, incertidumbre en la estimación de siniestros futuros, y variaciones adversas en la siniestralidad.

Ecuación 2 Prima técnica

$$PTec = PR * (1+\delta)$$

Donde:

PTec: Prima técnica

PR: Prima de riesgo

δ: Margen de seguridad

3.2.4 Prima tarifa

Para poder calcular la prima tarifa se debe considerar como el cociente entre el valor de la prima técnica dividido entre uno (1) menos los costos adicionales.

Costos adicionales: Los costos adicionales llegan a ser la suma de tasa de regulación, fondo de protección al asegurado, comisiones, costos de producción, gastos administrativos, utilidad.

Tabla 1
Costos adicionales

<i>TREG</i>	2%
<i>FPA</i>	2,5‰
<i>Com</i>	$X\% \leq Com \leq X\%$
<i>CP</i>	$X\% \leq CP \leq X\%$
<i>GA</i>	$X\% \leq GA \leq X\%$
<i>UT</i>	$Min\% \leq GA \leq Max\%$

Considerando la sumatoria de los costos adicionales la fórmula se determina de esta forma:

Ecuación 3 Prima tarifa

$$PT = \frac{PTec}{1 - (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT)}$$

Donde:

PT: Prima de tarifa

PR: Prima técnica

TREG: Tasa de regulación

FPA: Fondo de protección al asegurado

Com: Comisiones

CP: Costos de producción

GA: Gastos administrativos

UT: Utilidad

3.2.5 Prima total

Se la define como la prima tarifa más impuestos siendo está el costo final para el asegurado.

Impuestos: Dentro de la normativa boliviana se cuenta con dos impuestos:

Tabla 2
Impuestos

IVA	13%
IT	3%

Para obtener valor del impuesto a aplicar a la fórmula debemos sumar ambos impuestos y aplicar la definición de tasa efectiva.

Ecuación 4 Prima tarifa

$$IMP = 1 + \frac{(IVA + IT)}{1 - (IVA + IT)}$$

Donde:

IMP: Impuesto según definición de tasa efectiva

Una vez se ha determinado el valor de los impuestos determinado podemos llegar a definir la prima total.

Ecuación 5 Prima total

$$PTT = PT * IMP$$

Donde:

PTT: Prima de total

PT: Prima tarifa

IMP: Impuestos

3.2.6 Prima adicional

Este valor es la sumatoria de los costos adicionales multiplicado por la prima tarifa.

Ecuación 6 Prima adicional

$$PA = (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT) * PT$$

Donde:

PT: Prima de tarifa

PA: Prima adicional

TREG: Tasa de regulación

FPA: Fondo de protección al asegurado

Com: Comisiones

GA: Gastos administrativos

CP: Costos de producción

UT: Utilidad

3.2.7 Composición de la prima

Una vez determinadas y ordenadas las variables, podemos definir la composición de la prima:

Ecuación 7 Prima total

$$PR + PA + IMP = PTT$$

3.2.8 Prima grupal

Para el cálculo de la prima grupal, la normativa es ambigua, dejando a la entidad aseguradora realizar sus propias políticas respecto al cálculo de ésta.

Considerando que el cálculo sea para póliza grupal, se debe multiplicar la prima total por la cantidad de asegurados.

Ecuación 8 Prima total grupal

$$PTG = PTT * Cant.$$

Donde:

PTG: Prima grupal

PTT: Prima total

Cant: Cantidad de asegurados

3.3 Documento *slip* de cotización

Un *slip* de cotización es un documento utilizado en el mercado asegurador para proporcionar detalles específicos sobre una cobertura de seguro a posibles aseguradores o reaseguradores. Este documento contiene toda la información relevante sobre el riesgo, las coberturas solicitadas, las exclusiones, los límites, los deducibles y otros términos y condiciones que forman parte del contrato de seguro. El objetivo principal del *slip* es presentar, de manera clara y concisa, los elementos necesarios para que los aseguradores evalúen el riesgo y formulen una oferta de cobertura adecuada.

Proceso de elaboración del documento *slip*

Para la elaboración del *slip* de cotización, se deben seguir los siguientes pasos clave:

1. **Recopilación de información del asegurado y del riesgo:** Se deben obtener todos los datos relevantes del asegurado, así como la descripción detallada del riesgo a ser cubierto.
2. **Definición de las coberturas solicitadas:** Se deben especificar las coberturas que se desea incluir, detallando los riesgos que el asegurado busca proteger.

3. **Términos y condiciones:** Definir las cláusulas particulares y las condiciones específicas de la cobertura, incluyendo exclusiones, deducibles, primas y límites de la póliza.
4. **Formalización y presentación:** Finalmente, el *slip* debe presentarse de manera formal a los aseguradores o reaseguradores para que estos analicen el riesgo y emitan sus términos de oferta.

Para mayor detalle, véase el apartado “Documento *slip* de cotización”, en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

Suscripción y emisión

04

4.1 Evaluación del riesgo

4.2 Póliza de seguro

4.1 Evaluación de riesgos en los seguros de salud o enfermedad

La evaluación del riesgo en los seguros de salud y enfermedad debe tomar en cuenta elementos intrínsecos, es decir, aquellos que forman parte de las características personales del asegurado. Estos incluyen:

- **Edad:** Este factor es determinante en la evaluación del riesgo, ya que el riesgo de enfermedad aumenta con los años. Aunque las enfermedades pueden presentarse en cualquier etapa de la vida, el costo del seguro tiende a incrementarse con la edad, y algunas aseguradoras pueden restringir el ingreso a nuevos asegurados a partir de cierta edad.
- **Género:** Este factor puede incidir en el costo del seguro de salud, particularmente en las mujeres, debido a la inclusión de coberturas específicas como embarazo, parto y controles prenatales, que implican mayores riesgos y costos para la aseguradora:
 - Factores hormonales.
 - Longevidad.

- **Zona geográfica:** La prima del seguro puede verse influenciada por la ubicación geográfica del asegurado. Las diferencias entre provincias responden a variaciones en los costos médicos, infraestructura sanitaria y estadísticas de riesgo propias de cada región.¹¹
- **Factores médicos:**
 - Historial de salud.
 - Estado de salud actual.

4.2 Póliza del seguro

El contrato de seguro es un acuerdo en el que el asegurador se compromete a indemnizar un daño o proporcionar una prestación previamente acordada, en caso de que se materialice el evento cubierto por la póliza. Por su parte, el asegurado o tomador del seguro está obligado a pagar la prima correspondiente. El asegurador debe ser una entidad debidamente autorizada para operar en el ámbito asegurador. En este apartado se detallarán los aspectos más relevantes de la póliza de salud o enfermedad (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Póliza de seguro” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

4.2.1 Límites de edades en la póliza

El límite de edad se refiere a la franja etaria establecida por la aseguradora dentro de la cual un individuo puede contratar y mantener la cobertura de un seguro. Este límite determina tanto la edad mínima como la máxima en la que un solicitante es aceptado para la póliza, y que puede variar según el tipo de seguro y la compañía aseguradora.

El límite de edad es un factor crucial en la evaluación del riesgo, ya que puede influir en las condiciones de la cobertura ofrecida y en las primas a pagar. Por lo general, las aseguradoras establecen una edad de ingreso que oscila entre los 0 y los 65 años, permitiendo la permanencia en la póliza hasta los 64 años y 364 días. Sin embargo, existen particularidades en las condiciones de cobertura, según lo considere apropiado cada aseguradora.

4.2.2 Coberturas

En concordancia con lo establecido en el capítulo anterior, se deberán detallar las coberturas que sean de interés para el asegurado, así como aquellas que la aseguradora considere adecuadas para los planes de seguros de salud y enfermedad que pretenda ofrecer o promocionar. Cada cobertura deberá estar claramente especificada, incluyendo su alcance, condiciones de uso y el límite económico aplicable, el cual deberá expresarse en moneda nacional o extranjera, según lo disponga la aseguradora.

¹¹ Santacreu, *op. cit.*, p. 32.

Adicionalmente, cuando ciertas coberturas estén sujetas a mecanismos de gastos compartidos, deberá indicarse expresamente esta condición en la póliza o en el material informativo. Los gastos compartidos representan la porción del costo del servicio que debe asumir el asegurado y tienen como objetivo fomentar el uso responsable de los recursos y contribuir a la sostenibilidad del plan de salud. Estos mecanismos pueden incluir uno o varios de los siguientes elementos:

- **Coaseguro:** Seguro en el que participan dos o más compañías aseguradoras, que cubren un mismo riesgo. Como suelen pactarse en casos en los que el riesgo a cubrir es muy grande y no puede ser asumido por una sola entidad.¹²

Es un porcentaje del costo de los servicios médicos que se debe pagar después de haber alcanzado el límite deducible. El resto del porcentaje lo cubre la aseguradora.

- **Copago:** Es aquel en que los clientes pagan una cuota fija por su seguro, ya sea de manera mensual o anual, y un importe variable, que depende de las veces que haya utilizado el seguro durante el mes.¹³

- **Deducible:** Es una disposición mediante la cual se resta una cantidad específica del pago por pérdida que de otro modo sería pagadero al asegurado. Se utiliza un deducible para eliminar reclamos menores y el gasto administrativo de ajustar estos reclamos. Como resultado, es posible lograr ahorros sustanciales en las primas. En esencia, un deducible es una forma de retención de riesgos. El administrador de riesgos debe determinar si se necesita un deducible y cuál debe ser la cantidad del deducible.¹⁴

Un deducible es la cantidad de dinero de la que el asegurado es responsable de pagar por una pérdida asegurada. A través de los deducibles, se comparte el riesgo entre el asegurado, el titular de la póliza y su aseguradora.¹⁵

En síntesis, el deducible es el monto fijo que el asegurado debe pagar de su propio bolsillo por los servicios médicos cubiertos antes de que la aseguradora comience a asumir los costos. Este importe se aplica generalmente por periodo de vigencia (anual o por evento), y su valor es establecido en el contrato de la póliza.

4.2.3 Coberturas especiales

La atención médica preventiva consiste en un conjunto de servicios y acciones de salud enfocados en la prevención de enfermedades, la detección temprana de condiciones médicas y la promoción de un estilo de vida saludable. El principal objetivo de la atención preventiva es reducir el riesgo de enfermedades y mejorar la calidad de vida de los asegurados,

12 Santacreu, *op. cit.*, p. 63.

13 Santacreu, *op. cit.*, p. 34.

14 Rejda, G.; McNamara, M. (2021). *Principles of Risk Management and Insurance*, Pearson, p. 56.

15 Fuente: <https://www.iii.org/es/article/entendiendo-sus-deducibles-del-seguro>

mediante la identificación precoz de factores de riesgo o enfermedades en etapas iniciales, cuando aún son tratables o prevenibles.

4.2.4 Condiciones especiales de las pólizas

- La edad de ingreso para el seguro es de entre 0 y 65 años, con una permanencia hasta los 64 años y 364 días.
- En caso de fallecimiento de un menor de 14 años o de una persona declarada en interdicción, sólo se cubrirán los gastos funerarios.

4.2.5 Exclusiones

Las exclusiones son disposiciones contenidas en el contrato de seguro que limitan el alcance de la cobertura aseguradora, especificando de forma expresa qué situaciones no serán objeto de indemnización o asistencia por parte de la compañía aseguradora.

Es importante tener en cuenta que cada aseguradora establece sus propias exclusiones, por lo que la lista puede variar en función de la compañía y del producto contratado. A continuación, se presentan las exclusiones que se aplican con mayor frecuencia en los seguros de salud y enfermedad:

- Enfermedades preexistentes al inicio de la cobertura.
- Suicidio, salvo que el asegurado haya mantenido la cobertura por un periodo mínimo de dos años.
- Viajes en vehículos aéreos, excepto cuando el asegurado sea pasajero en una aeronave comercial.
- Participación en actos delictivos, guerra, guerrilla, rebelión, motín, terrorismo, huelgas, deportes peligrosos, y otras actividades notoriamente riesgosas.
- Condiciones relacionadas con VIH/SIDA, efectos del consumo de alcohol o drogas ilícitas, daños autoinfligidos y ciertos accidentes médicos.
- Enfermedades y/o defectos congénitos. No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- Chequeo médico, así como la medicina preventiva. Puede cubrir el control ginecológico una vez al año.
- Tratamientos que no guarden relación con el diagnóstico y/o que no se relacionen con la especialidad del médico solicitante.
- Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica. Tratamientos con láser.
- Estrés, curas de reposo, enfermedades mentales y/o emocionales, trastornos funcionales de la conducta, enfermedades de origen psiquiátrico y/o psicológico.

- Gastos y cirugías relacionados a estética, plástica, cosmética o reconstructiva o cualquier tratamiento cuyo propósito principal es el embellecimiento. No se cubre el tratamiento de várices con fines estéticos y/o terapéuticos.
- Gastos y cirugías relacionadas a especialidades cosméticas, estéticas y/o dermatológicas, acné, verrugas vulgares, nevus, calvicie, queratosis, alopecia, foliculitis y otros. Se excluyen también preparados de medicamentos dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, shampoo, cremas neutras, y bloqueadores solares.
- Rinoplastia, septoplastia, turbinectomia, excepto por accidente cubierto por la póliza.
- Tratamientos, consultas y cirugías relacionados con trastornos de peso, nutrición y metabolismo corporal, incluyendo obesidad, raquitismo, anemia nutricional, anorexia, bulimia, desnutrición y condiciones asociadas como pubertad precoz y talla baja.
- Cirugía bariátrica en obesidad, cirugía metabólica en diabetes, cirugía de Parkinson y la cirugía para la epilepsia.
- Pubertad precoz, talla baja y edad ósea, los estudios y/o tratamientos por alteraciones en el crecimiento y desarrollo.
- Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos de audición y su colocación, Retinopatías, cirugía refractiva ocular. Adquisición de anteojos, lentes de contacto.
- Vacunas, vitaminas, minerales, profilácticos o preventivos en general.
- Enfermedades o accidentes resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes y alcoholismo.
- Esterilización masculina o femenina, disfunciones sexuales de cualquier etiología y cambio de sexo. Circuncisión y sus consecuencias.
- Tratamientos o medicamentos usados como método anticonceptivo, incluso si son prescritos para tratar otra enfermedad distinta.
- Enfermedades producidas por menopausia, síndrome climatérico y andropausia. Disfunción o trastorno hormonal de cualquier naturaleza.
- Lesiones causadas deliberadamente por el asegurado a sí mismo. Aborto autoprovocado, suicidio y/o su intento.
- Gastos por compra de sangre, transfusión de sangre y derivados, adquisición de órganos o médula, trasplantes y todo lo relacionado a los gastos de los donantes.
- Prótesis, materiales de osteosíntesis, miembros artificiales, órtesis y equipos médicos u ortopédicos, marcapasos, stents y otros similares.
- Las epidemias o pandemias oficialmente declaradas por entidad gubernamental competente o por el organismo de salud mundial competente.
- El síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, ronquidos y cualquier otro desorden del sueño.
- Accidentes y enfermedades ocasionados durante el servicio militar en cualquier fuerza armada, de cualquier país, sea o no tiempo de guerra.

- Lesiones como consecuencia de energía nuclear o atómica en cualquier forma.
- Actos temerarios no justificados por ninguna necesidad humanitaria, tales como apuestas, desafíos, duelos, competencias y andinismo.
- Cuando se desempeñe como piloto o tripulante de aviones civiles, comerciales o militares, salvo se acepte su cobertura expresamente.
- Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- Medicina regenerativa, técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, implantes o trasplantes de células madre e ingeniería de tejidos.
- Servicios de instituciones para el descanso, centros de rehabilitación o para el cuidado geriátrico.
- Cefaleas, migrañas y/o jaquecas.
- Alergias, asma, rinitis y test alérgicos en general.
- Chagas y sus complicaciones.
- Histerectomía e incontinencia urinaria.
- Osteopenia, osteoporosis, hipocalcemia, artritis y artrosis.
- Colagenopatías y/o enfermedades autoinmunes.
- Diabetes tipo 1 y sus complicaciones.
- Los siniestros cubiertos por el SOAT se cubren únicamente en exceso de sus límites. Si el asegurado no tiene SOAT deberá asumir los gastos médicos hasta el monto que este seguro habría cubierto.
- Tratamientos, medicamentos o terapias no basados en prácticas médicas aceptadas, incluyendo homeopatía, quiropraxia, acupuntura, ozonoterapia, medicina alternativa y similares.
- Cualquier gasto o tratamiento por la mala praxis médica.
- Prestaciones médicas y quirúrgicas, consultas y exámenes para personas mayores de 65 años en emergencias, hospitalizaciones y atenciones ambulatorias relacionadas con condiciones crónicas o degenerativas, como las siguientes: cataratas, glaucoma, retinopatías, hipertensión, insuficiencia renal o cardíaca, enfermedades neurológicas (Parkinson, Alzheimer), AVC isquémico o hemorrágico, dislipidemias, enfisema pulmonar, y las que establezca la póliza.

4.2.6 Coberturas adicionales

Las coberturas adicionales que pueden incluirse en la póliza son:

- Gastos de sepelio: Reembolsa a los herederos legales hasta el límite máximo establecido en la póliza.
- Renta hospitalaria: Otorga una renta diaria al asegurado durante su hospitalización.

- Indemnización por cáncer: Proporciona una indemnización dentro de los límites establecidos en caso de diagnóstico de cáncer.
- Odontología.

4.2.7 Término del seguro

La responsabilidad de la compañía aseguradora cesará en los siguientes casos:

- A solicitud escrita del asegurado.
- Si la prima del seguro no se paga dentro del plazo de 30 días establecido o previa instrucción mediante la póliza.
- Cuando el asegurado alcance la edad máxima de permanencia.
- Presentación de documentación fraudulenta.
- Incumplimiento en el pago de las primas.
- Si la edad real del asegurado está fuera de los límites de admisión.
- Si el siniestro se inició antes de la vigencia del seguro.

4.2.8 Beneficiarios

En el marco de un seguro de salud y enfermedad, los beneficiarios son las personas que tienen derecho a recibir las prestaciones médicas o económicas previstas en la póliza. Éstos pueden incluir:

- **Titular o asegurado principal:** Es la persona que contrata el seguro y figura como principal beneficiario de las coberturas incluidas.
- **Dependientes o asegurados adicionales:** Son los familiares del titular que han sido incorporados formalmente en la póliza. Generalmente incluyen al cónyuge o pareja, hijos menores de edad (o mayores si cumplen ciertas condiciones), y otros familiares según lo permita la aseguradora.
- **Beneficiarios designados para coberturas específicas:** En caso de coberturas especiales o adicionales, como sepelio o indemnizaciones por fallecimiento, el titular puede designar a un tercero específico como beneficiario.

Se debe revisar el contrato del seguro para verificar quiénes están incluidos como beneficiarios y bajo qué condiciones aplican las coberturas correspondientes.

4.2.9 Vigencia

Las coberturas entran en vigencia a partir de la emisión del certificado de la póliza, salvo aquellas que estén sujetas a periodos de carencia. La vigencia se mantendrá siempre que se cumplan las condiciones estipuladas en la póliza.

5.1 Cobranza

5.2 Contabilidad

5.3. Reaseguro

5.4 Reserva de riesgo en curso

5.5 Inversiones

5.1 Cobranza

La gestión de cobranzas en seguros de personas es fundamental para garantizar el flujo de ingresos y la estabilidad financiera de la aseguradora. Este proceso abarca desde la identificación de cuentas por cobrar y la clasificación de deudores, hasta la comunicación efectiva, la oferta de planes de pago y el seguimiento continuo. En casos de incumplimiento, se aplican medidas como el escalamiento de casos a agencias de cobranza. Este enfoque asegura una recuperación eficiente de deudas y una mejora continua del proceso (para mayor información, véase el apartado “Cobranzas”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

5.2 Contabilidad

5.2.1 Producción nueva

Corresponde al proceso en el cual un cliente adquiere por primera vez una póliza de este tipo, sin haber estado previamente asegurado bajo esta cobertura. Esto implica que es la primera vez que el cliente obtiene protección frente a los riesgos cubiertos por este tipo de seguro.

Tabla 3
Asiento contable producción nueva

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.47	=	PRIMA POR COBRAR	0000,00	
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE		0000,00
4.01.011. 93.47	4.01.011. 93.47.01	PRIMA TÉCNICA		0000,00
4.01.041. 93.47	4.01.041. 93.47.01	PRIMAS ADICIONALES		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.47	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	0000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.47	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		0000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	0000,00	
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	0000,00	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	APORTE MENSUAL APS		0000,00
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0000,00
5.08.011. 93.47	5.08.011.93.47.01	CONSTITUCIÓN RRC SSE M.N.		0000,00
2.04.011.93.47	2.04.011.93.47.01	SALDO RRC SSE M.N.	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.2 Ampliación tributaria una vez facturado (aplica a venta en vigencia nueva, renovada y anexo)

Consiste en el registro contable de ajustes fiscales relacionados con impuestos corrientes y no corrientes. Estos ajustes son necesarios para reflejar correctamente la carga fiscal tras una venta, ya sea en una nueva vigencia, renovación o anexo, asegurando el equilibrio entre el débito fiscal y los impuestos asociados a la transacción.

Tabla 4
Aplicación tributaria una vez facturado

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	0000,00	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		0000,00
5.21.041.01.01	=	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	0000,00	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.3 Liberación de reservas de riesgo en curso

Para registrar los fondos destinados a cubrir posibles siniestros futuros derivados de las pólizas en vigor. La reserva de riesgo se calcula con base en la estimación de las obligaciones que la compañía deberá enfrentar por los riesgos asumidos, garantizando así que dispone de los recursos necesarios para cumplir con sus compromisos frente a los asegurados en caso de que ocurra un evento cubierto por la póliza.

Tabla 5
Asiento contable reserva riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.47	2.04.011.93.47.01	CONSTITUCIÓN RRC SSE M.N.	0000,00	
4.08.011.93.47	4.08.011.93.47.01	SALDO RRC SSE M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

5.3 Reaseguro

El reaseguro es un mecanismo mediante el cual una aseguradora (conocida como “cedente”) transfiere parte de su riesgo a otra aseguradora (llamada “reaseguradora”). Este proceso permite a las aseguradoras gestionar su exposición al riesgo, aumentar su capacidad de suscripción y protegerse contra pérdidas significativas que puedan surgir de siniestros. Al diversificar los riesgos entre múltiples entidades, el reaseguro contribuye a la estabilidad financiera del mercado asegurador en su conjunto.

El funcionamiento del reaseguro implica que la aseguradora original paga una prima a la reaseguradora a cambio de cobertura sobre una parte de sus riesgos. En caso de que se produzca un siniestro, la reaseguradora asume la responsabilidad de indemnizar a la aseguradora cedente según los términos del contrato de reaseguro. Existen diferentes tipos de reaseguro, como el reaseguro proporcional, donde se comparte una proporción del riesgo y las primas, y el reaseguro no proporcional, donde la reaseguradora sólo paga por pérdidas que superan un límite específico (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Reaseguros” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

5.4 Reservas de riesgo en curso

Para los seguros con cobertura anual, se empleará el método de los veinticuatroavos para el cálculo de las reservas de riesgo en curso (RRC). Este método, descrito en el apartado “Reservas de riesgo en curso” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1, tiene como objetivo asignar de manera precisa la porción de prima correspondiente a los periodos futuros no cubiertos al momento del cálculo.

Este método divide la prima total de la póliza en 24 partes quincenales, permitiendo calcular de forma proporcional la prima no devengada, es decir, aquella que aún no ha sido ganada por la compañía aseguradora, dado que la exposición al riesgo ocurre de manera continua a lo largo del año. Este enfoque asegura que la reserva refleje de manera adecuada el riesgo asumido y la cobertura pendiente en función del tiempo transcurrido desde el inicio de la póliza.

5.5 Inversiones

La gestión de inversiones en seguros de personas es un procedimiento genérico que no se desarrolla de manera específica para cada ramo de seguros. Este proceso se enfoca en maximizar la rentabilidad, asegurar la liquidez y garantizar la seguridad de los fondos administrados. Las inversiones se realizan a partir de las reservas técnicas, el margen de solvencia y las retenciones a reaseguradores, siempre bajo la supervisión de la autoridad reguladora (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Inversiones” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Siniestro 06

6.1 Atención e indemnización de siniestros

6.2 Reservas técnicas para siniestros

6.3 Cuentas contables aplicadas a reservas técnicas de siniestros

6.4 Activación y liberación de reservas

6.1 Atención e indemnización de siniestros

El Código de Comercio del Estado Plurinacional de Bolivia contiene una sección específica para la atención de siniestros dentro de un seguro. En este apartado se detalla un procedimiento adecuado al ramo de seguros de personas.¹⁶

Este tipo de seguro presenta un proceso distinto al de otros seguros, ya que los asegurados deben programar sus citas médicas a través de los sistemas habilitados por la aseguradora (sistema abierto o sistema cerrado). En caso de requerir estudios médicos especiales, algunas aseguradoras deben dar autorización por uno de sus medios de atención (oficinas o telefónicas).

En el caso de los seguros de salud o enfermedad, algunas aseguradoras otorgan cobertura a través de autorizaciones, que pueden gestionarse mediante consultas telefónicas para confirmar que el asegurado cuenta con la cobertura correspondiente. Sin embargo, cada aseguradora tiene su propio protocolo para el manejo de los siniestros. Esta variabilidad se debe a la falta de una normativa común que regule el tratamiento de los siniestros en este tipo de seguros.

¹⁶ Código de Comercio (Ley 14379) del 25 de febrero de 1977, Título III, Capítulo I, Sección VII (Siniestro) y Sección VIII (Prescripción); Art. 1025 al Art. 1043.

6.1.1 Siniestro

En los seguros de personas, el siniestro es el suceso inesperado que activa la responsabilidad del asegurador de cumplir con la indemnización o prestación previamente acordada en la póliza. Este evento puede incluir situaciones como fallecimiento, incapacidad, enfermedad grave o accidentes personales que afecten al asegurado.

Este tipo de seguro presenta un proceso distinto al de otros seguros, ya que los asegurados deben programar sus citas médicas a través de los sistemas habilitados por la aseguradora (sistema abierto o sistema cerrado). En caso de requerir estudios médicos especiales, algunas aseguradoras deben dar autorización por uno de sus medios de atención (oficinas o telefónicas).

Debido a la falta de información normativa sobre este tipo de seguro, en este documento se hace referencia a los conceptos establecidos en el Código de Comercio de Bolivia.

6.1.2 Notificación del siniestro

El asegurado o sus beneficiarios deben notificar el siniestro a través de una carta dirigida al tomador del seguro en un plazo máximo de tres días a partir del momento en que se tenga conocimiento del mismo. Este plazo es esencial, ya que un retraso o la omisión de la notificación podría afectar la validez de la reclamación.

6.1.3 Presentación de documentación

Tras la notificación del siniestro, es necesario que el asegurado o sus beneficiarios presenten todos los documentos e informes requeridos para respaldar la reclamación. Estos pueden incluir certificados médicos, certificados de defunción, informes hospitalarios, facturas de gastos, entre otros, que justifiquen la ocurrencia del siniestro y su naturaleza.

6.1.4 Evaluación del siniestro

Una vez recibida la documentación completa, la compañía aseguradora procederá a evaluar el siniestro, determinando si cumple con las condiciones y términos de la póliza. En esta etapa, es posible que se solicite información adicional o aclaraciones para sustentar la reclamación de manera adecuada.

6.1.5 Respuesta de la compañía

La aseguradora tiene un plazo máximo de 30 días desde la recepción de todos los documentos para pronunciarse sobre el derecho del beneficiario a la indemnización. Durante este tiempo, se verificará la validez del siniestro y se decidirá si procede el pago del beneficio.

6.1.6 Pago del beneficio

Si el siniestro es aceptado, la aseguradora deberá efectuar el pago de la indemnización correspondiente en un plazo de 15 días posteriores a la aprobación de la reclamación. El pago

se realizará de acuerdo con los términos y montos establecidos en la póliza, asegurando que los beneficiarios reciban el apoyo financiero necesario de manera oportuna.

Es fundamental que tanto el asegurado como sus beneficiarios respeten los plazos y requisitos del procedimiento para evitar retrasos o posibles rechazos en la reclamación. Cualquier error en la presentación de documentos o la notificación del siniestro puede afectar negativamente la cobertura.

6.2 Reservas técnicas para siniestros

Las reservas técnicas son los fondos que las entidades aseguradoras deben mantener para cubrir sus obligaciones futuras derivadas de las pólizas emitidas. Estas reservas son calculadas utilizando principios actuariales y son esenciales para garantizar la solvencia de la aseguradora, garantizando que ésta pueda cumplir con sus compromisos financieros hacia los asegurados. Existen varios tipos de reservas:

- **Reservas de siniestros ocurridos y no reportados (IBNR):** Se constituyen para enfrentar los costos de siniestros que ya han sucedido, pero que aún no han sido reportados oficialmente.
- **Reservas de siniestros reclamados por liquidar (RSRL):** Se aplican a siniestros que han sido reclamados, pero cuya liquidación aún está pendiente.
- **Reservas de siniestros por pagar:** Reflejan los montos estimados para los pagos pendientes de siniestros ocurridos antes de la fecha de cálculo.
- **Reservas de siniestros en mora:** Se constituyen cuando la aseguradora no ha pagado la indemnización dentro del plazo establecido, e incluyen posibles intereses y sanciones por demora.
- **Reservas de siniestros controvertidos:** Se destinan a siniestros cuya resolución está pendiente por disputas o falta de documentación.

Si se requiere información adicional al respecto, véase el apartado “Reservas para siniestros” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

Reportes 07

7.1 Reportes mensuales

7.1 Reportes mensuales

Con base en la Resolución administrativa 91 (punto primero), las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas deben remitir a la APS, de forma mensual y hasta el día 15 de cada mes, un archivo plano en formato ASCII con separador *pipe*, que contenga las bases de datos de las siguientes cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) (si se requiere información adicional al respecto, véase el apartado “Reportes mensuales” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Aplicación 08

8.1 Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado

8.2 Cálculo de la prima de riesgo

8.3 Prima tarifa

8.4 Prima total

8.5 Prima adicional

8.6 Composición de la prima

8.7 Reserva de riesgo en curso cobertura anual

8.8 Contabilidad

8.9 Anulación de un seguro método plazos cortos mensual

8.10 Anulación de un seguro método cálculo por días

En este apartado se mostrará la aplicación de los cálculos actuariales respecto a la póliza de seguros de salud o enfermedad.

8.1 Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado

COBERTURA	Tasa de riesgo	Capital asegurado
Atención hospitalaria	0,31000%	20.000,00
Atención ambulatoria	0,04155%	30.000,00
Emergencia por enfermedad	0,23900%	17.000,00
Emergencia accidental	0,31600%	6.000,00

Se debe recalcar que las tasas de riesgo pueden variar dependiendo del cliente a asegurar por las actividades a la que está expuesto; asimismo, el capital asegurado puede variar dependiendo a solicitud del cliente.

8.2 Cálculo de la prima de riesgo

Para obtener la prima de riesgo, se debe calcular la prima de riesgo de manera individual por cobertura y realizar la sumatoria, lo cual dará como resultado la prima de riesgo total.

No se debe olvidar transformar el valor de la tasa de riesgo porcentual a su equivalente entero y multiplicarlo por su capital asegurado.

COBERTURA	Tasa de riesgo (1)		Capital asegurado (2)		Prima de riesgo individual (1)*(2)
Atención hospitalaria (A)	0,31000%	*	20.000,00	=	62,00
Atención ambulatoria (B)	0,04155%	*	30.000,00	=	12,47
Emergencia por enfermedad (C)	0,23900%	*	17.000,00	=	40,63
Emergencia accidental (D)	0,31600%	*	6.000,00	=	18,96
PRIMA DE RIESGO (A)+(B)+(C)+(D)					134,06

8.3 Prima técnica

Para obtener la prima técnica, se debe añadir un porcentaje a la prima de riesgo determinada previamente. A continuación, se muestra un ejemplo:

Ecuación 9 Prima técnica

$$PTec = PR * (1+\delta)$$

$$PTec = 134,06 * (1+0,03)$$

$$PTec = 138,08$$

$$Prima\ técnica = 138,08$$

8.4 Prima tarifa

Costo adicional	Sigla	Porcentaje establecido
Tasa de regulación	TREG	2%
Fondo de protección al asegurado	FPA	0,25%
Comisiones	Com	5,00%
Costos de producción	CP	10,00%
Gastos administrativos	GA	10,00%
Utilidad	UT	7,00%

En primera instancia se debe revisar los valores de los costos adicionales; cabe recalcar que estos valores pueden ser descritos en la nota técnica del presente seguro, así como también en la teoría en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

Una vez determinada la prima de riesgo y los valores de los costos adicionales podemos determinar la prima tarifa.

$$PT = \frac{PTec}{1 - (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT)}$$

Fórmula de la prima tarifa

$$PT = \frac{138,08}{1 - (0,02 + 0,0025 + 0,05 + 0,1 + 0,1 + 0,07)}$$

Reemplazo de valores

$$PT = \frac{138,08}{1 - (0,3425)}$$

Operaciones matemáticas

$$PT = 210,00$$

Prima tarifa

8.5 Prima total

$$PTT = PT * IMP$$

Fórmula de la prima total

$$PTT = 210,00 * \left(1 + \frac{0,16}{1 - 0,16}\right)$$

Reemplazo de valores.

$$PTT = 210,00 * 1,19$$

Operaciones matemáticas

$$PTT = 250,00$$

Prima total

Cabe señalar que la prima total es el monto que el cliente paga a la aseguradora. Esta prima incluye tanto la cobertura del seguro como los impuestos establecidos por la ley.

8.6 Prima adicional

En este acápite se describe la fórmula para determinar el monto económico que corresponde a cada tasa adicional.

$$PA = (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT) * PT$$

Fórmula de la prima adicional, en el documento el apartado 3.5

$$PA = (0,01 + 0,0025 + 0,05 + 0,1 + 0,1 + 0,07) * 210,00$$

Reemplazo de valores

$$PA = 0,3425 * 210,00$$

Operaciones matemáticas

$$PA = 71,93$$

Prima adicional

Para finalizar este punto, una vez determinada la tasa adicional se procede a verificar el costo asociado a cada tasa adicional.

Sigla	%		Prima tarifa		Costos adicionales
TREG (A)	2%	*	210,00	=	4,20
FPA (B)	0,25%	*	210,00	=	0,525
Com (C)	5%	*	210,00	=	10,50
CP (D)	10%	*	210,00	=	21,00
GA (E)	10%	*	210,00	=	21,00
UT (F)	7%	*	210,00	=	14,70
PRIMA ADICIONAL (A)+ (B)+ (C)+ (D)+ (E)+(F)					71,93

8.7 Impuestos

Sigla	Porcentaje establecido		Prima tarifa		Prima de riesgo individual
IVA (A)	13%	*	210,00	=	32,50
IT(B)	3%	*	210,00	=	7,50
PRIMA ADICIONAL (A)+ (B)					40,00

Considerando la normativa tributaria boliviana, se debe calcular el impuesto que se deberá declarar por la prima total en los dos impuestos principales; IVA e IT.

8.8 Composición de la prima

$$PTT = PTec + PA + IMP$$

Fórmula de composición de la prima

$$PTT = 138,08 + 71,93 + 40,00$$

Reemplazo de valores

$$PTT = 250,00$$

Prima total

$$PT = PTec + PA$$

Fórmula de composición de la prima

$$PT = 138,08 + 71,93$$

Reemplazo de valores

$$PT = 210,00$$

Prima tarifa

$$PTec = PTT - PA - IMP$$

Fórmula de composición de la prima

$$PTec = 250,00 - 71,93 - 40,00$$

Reemplazo de valores

$$PTec = 138,08$$

Prima técnica

8.9 Reserva de riesgo en curso cobertura anual

Considerando el método de los veinticuatroavos podemos determinar la liberación de la reserva de riesgo en curso mes a mes consumido la prima:

Método de los veinticuatroavos

$$R_t = (23/24) * M_{t-1} + (21/24) * M_{t-2} + (19/24) * M_{t-3} + (17/24) * M_{t-4} + (15/24) * M_{t-5} + (13/24) * M_{t-6} + (11/24) * M_{t-7} + (9/24) * M_{t-8} + (7/24) * M_{t-9} + (5/24) * M_{t-10} + (3/24) * M_{t-11} + (1/24) * M_{t-12}$$

Donde:

R_t : Reserva para riesgos en curso del mes

M_t : Monto de las primas netas del reaseguro suscritas en el mes t

De este cálculo podemos determinar mes a mes el monto de la liberación.

Mes	Factor (A)	Saldo (B)	Reserva pendiente (A*B)=(C)	Liberación (B)-(C)
Enero	(23/24) avos	138,08	132,33	5,75
Febrero	(21/24) avo	132,33	115,79	16,54
Marzo	(19/24) avo	115,79	91,66	24,12
Abril	(17/24) avos	91,66	64,93	26,74
Mayo	(15/24) avos	64,93	40,58	24,35

Mes	Factor (A)	Saldo (B)	Reserva pendiente (A*B)=(C)	Liberación (B)-(C)
Junio	(13/24) avos	40,58	21,98	18,60
Julio	(11/24) avos	21,98	10,07	11,91
Agosto	(9/24) avos	10,07	3,78	6,30
Septiembre	(7/24) avos	3,78	1,10	2,68
Octubre	(5/24) avos	1,10	0,23	0,87
Noviembre	(3/24) avos	0,23	0,03	0,20
Diciembre	(1/24) avos	0,03	0,00	0,03
TOTAL				138,08

8.10 Contabilidad

a. Producción nueva - Seguro de salud o enfermedad

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.93.47	=	PRIMA POR COBRAR	250,00	-
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	-	32,50
4.01.011.93.47	4.01.011.93.47.01	PRIMA TÉCNICA	-	138,08
4.01.041.93.47	4.01.041.93.47.01	PRIMAS ADICIONALES	-	79,43
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.47	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	73.000,00	
7.01.011.01.93	7.01.011.01.93.47	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	-	73.000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	4,20	-
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	0,53	-
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	-	4,20
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	-	0,53
5.08.011.93.47	5.08.011.93.47.01	CONSTITUCIÓN RRC SOATC M.N.	138,08	
2.04.011.93.47	2.04.011.93.47.01	SALDO RRC SOATC M.N.		138,08
			73.254,73	73.254,73

b. Aplicación tributaria una vez facturado

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	32,50	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		32,50
5.21.041.01.01	5.21.041.01.01	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	7,50	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		7,50
			40,00	40,00

c. Reservas de riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.93.47	2.04.011.93.47.01	SALDO RRC SSE M.N.	5,75	
4.08.011.93.47	4.08.011.93.47.01	LIBERACIÓN RRC SSE M.N.		5,75
			5,75	5,75

Base legal o normativa 09

Ley N.º 1883 de Seguros de Bolivia de 25 de junio de 1998

Esta ley y sus reglamentos tienen por objetivo establecer normas para la actividad de seguros, reaseguros, intermediarios, auxiliares y entidades de prepago, asegurando que estas operen con credibilidad, solidez financiera y transparencia, fomentando un mercado competitivo. Además, define los derechos y obligaciones de las entidades aseguradoras y promueve los principios de equidad y seguridad jurídica, en beneficio de los asegurados, contratantes y beneficiarios de las pólizas de seguro.

Resolución administrativa APS N.º 31/1998 - Reglamento de reservas para riesgo en curso del 30 de diciembre de 1998

Las entidades aseguradoras que operen en seguros generales, fianzas y personas a corto plazo, constituirán la reserva para riesgo en curso correspondiente a la parte no devengada de las primas netas de reaseguro, de forma mensual, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el referido reglamento.

Resolución administrativa APS N.º 70/1999 - Reglamento de registro de pólizas anexos y/o cláusulas adicionales 23 de abril de 1999

Las pólizas, anexos o cláusulas adicionales, objeto de comercialización de las entidades aseguradoras deberán ser presentadas a la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros para su registro de manera previa a su comercialización.

Resolución administrativa APS N.º 304/1999 - Registro de pólizas y el codificador para el sistema del registro de pólizas, el mismo que puede ser modificado por la Superintendencia según los requerimientos

Aprueba el documento de registro de pólizas y el codificador para el sistema del registro de pólizas, el mismo que puede ser modificado por la Superintendencia según los requerimientos. Establece los lineamientos para la codificación de pólizas, coberturas, anexos, cláusulas, formularios, etc.

Resolución administrativa APS N.º 172 /2001 - Reglamento de seguros colectivos del 16 de abril de 2001

Deja sin efecto la Resolución administrativa N.º 257 de 19 de junio de 2000 que aprueba el Reglamento de Seguros Colectivos. Las disposiciones contenidas en este reglamento se aplican a las entidades aseguradoras, sujetas a la fiscalización de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS).

Resolución administrativa APS N.º 210/2013 - Se incluye en la Resolución administrativa 381/1999 - Constitución de reservas para siniestros ocurridos y no reportados del 15 de marzo de 2013

Se modifica el tercer párrafo del artículo 3 (coberturas inferiores a un año) del Reglamento de desgravamen hipotecario aprobado mediante Resolución administrativa IS N.º 381 de 9 de diciembre de 1999. Se deberá constituir reservas para siniestros ocurridos y no reportados sobre el cien por ciento (100%).

Resolución administrativa APS N.º 91/2015 - Se dispone la remisión de bases de datos de reservas técnicas y siniestros pagados del 30 de enero de 2015

Se dispone a las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas remitan a la Autoridad de Fiscalización y Control de pensiones y Seguros - APS, de manera mensual, hasta el 15 de cada mes, las bases de datos de las cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) referentes a reservas técnicas y siniestros.

Ley N.º 14379 - Código de Comercio 25 de febrero de 1977

Este documento normativo materializa el deseo de dotar al país de una nueva estructura legal que, además de fomentar y desarrollar la actividad comercial en general, en concordancia con las tendencias modernas que influyen en esta área, contribuirá de manera positiva a los planes y programas del Gobierno Nacional para promover activamente el fortalecimiento económico del país y las oportunidades que ofrece el proceso de integración.

SOAT

Seguro Obligatorio
de Accidentes de Tránsito



Índice

1.	Introducción	323
1.1	Antecedentes	323
1.2	Objetivo.....	324
1.3	Alcance	324
1.4	Glosario de términos	324
2.	Gestión integral del producto	327
2.1	Elaboración de la nota técnica	327
2.2	Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios.....	328
2.3	Habilitación.....	328
2.3.1	Habilitación y comercialización	328
2.3.2	Habilitación anual	329
2.3.3	Requisitos para la entidad pública de seguros solicitante	329
2.3.4	Documentación para presentar en la solicitud de habilitación	330
2.3.5	Cesión de riesgo por la entidad pública de seguros.....	330
2.3.6	Requerimiento de información a la APS	331
2.3.7	Comercialización y vigencia del SOAT.....	331
2.3.8	Implementación de medios de comunicación	331
2.3.9	Verificación de rosetas SOAT	332
2.3.10	Obligaciones de la entidad pública de seguros	332
3.	Cotización.....	335
3.1	Coberturas.....	335
3.1.1	Gastos médicos	335
3.1.2	Indemnización por incapacidad total y permanente	335
3.1.3	Indemnización por fallecimiento.....	336
3.1.4	Actualización de montos asegurados	336
3.2	Estructura de la prima	336
3.2.1	Tasa de riesgo	336
3.2.2	Severidad.....	337
3.2.3	Frecuencia	338
3.2.4	Prima de riesgo por cobertura	338
3.2.5	La prima de riesgo	340
3.2.6	Prima técnica	340
3.2.7	Tasas adicionales	341
3.2.8	Prima tarifa.....	341
3.2.9	Prima adicional	341
3.2.10	Impuestos	342
3.2.11	Prima total.....	343

4.	Suscripción y emisión	345
4.1	Evaluación del riesgo.....	345
4.2	Póliza del seguro.....	345
4.2.1	Vigencia	345
4.2.2	Obligatoriedad.....	346
4.2.3	Personas obligadas a contratar el seguro	346
4.2.4	Exenciones.....	346
4.2.5	Exclusiones de motorizados	347
4.3	Roseta SOAT	347
4.3.1	Detalles de la roseta SOAT.....	347
4.3.2	Colores.....	348
4.3.3	Diagrama de roseta digital	349
4.3.4	Tipos de rosetas	350
4.3.5	Dimensiones para la roseta digital para vehículos y motocicletas de tipo particular	352
4.3.6	Prima diferida.....	354
5.	Gestión financiera.....	355
5.1	Cobranza	355
5.1.1	Cobro al momento de la emisión	355
5.1.2	Puntos de venta y cobranza	355
5.1.3	Control de cumplimiento	355
5.1.4	Renovación anual.....	356
5.1.5	Sanciones por falta de pago	356
5.2	Contabilidad	356
5.2.1	Producción nueva (SOAT).....	356
5.2.2	Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada).....	357
5.2.3	Capitales asegurados a fin de vigencia	357
5.3	Reservas de riesgo en curso	358
5.3.1	Pólizas con cobertura anual.....	358
5.4	Inversiones	359
6.	Siniestro	361
6.1	Atención de siniestros.....	361
6.1.1	Aviso de siniestro.....	361
6.1.2	Obtención del beneficio.....	361
6.1.3	Atención de siniestro	362
6.1.4	Atención a las víctimas	363
6.1.5	Centros de atención médica.....	363
6.1.6	Tarifas por atención médica.....	364
6.1.7	Audidores médicos.....	364
6.1.8	Riesgos excluidos.....	364
6.1.9	Siniestro con vehículos múltiples	365
6.1.10	Derecho de repetición.....	365
6.2	Indemnización	366
6.2.1	Plazo para indemnizar	366
6.2.2	Pago de indemnización.	366
6.2.3	Documentos necesarios.....	366

6.2.4	Calificación de grado de invalidez.....	367
6.2.5	Exclusiones.....	367
6.2.6	Identificación del cadáver	368
6.3	Vehículos no identificados y Fondo de Indemnizaciones SOAT - FISO	369
6.3.1	Vehículos no identificados.....	369
6.3.2	Formación del FISO.....	369
6.3.3	Representación del FISO.....	369
6.3.4	Sostenimiento del FISO.....	369
6.3.5	Supervisión del FISO.....	370
6.3.6	Restricciones al FISO	370
6.4	Reservas para siniestros	370
6.4.1	Reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT	370
6.4.2	Reserva para siniestros pendientes SOAT.....	371
6.4.3	Reservas de siniestros reclamados por liquidar	371
6.4.4	Reserva para siniestro por pagar (SOAT).....	372
6.4.5	Asiento contable reserva para siniestro por pagar (SOAT).....	372
6.4.6	Reserva especial o extraordinaria SOAT	372
7.	Reportes.....	373
7.1	Control de siniestros	373
7.2	Reporte de fallecidos por accidente de tránsito.....	376
7.3	Detalle de primas netas y comerciales SOAT.....	376
7.4	Reporte diario SOAT.....	380
7.5	Informe mensual	381
8.	Aplicación	383
8.1	Descomponiendo la prima para el caso motocicleta de uso particular	385
8.1.1	Determinación del impuesto	385
8.1.2	Prima tarifa.....	385
8.1.3	Prima técnica	386
8.1.4	Prima adicional	387
8.2	Componiendo la prima para el caso motocicleta de uso particular	387
8.2.1	Prima tarifa.....	387
8.2.2	Prima total.....	387
8.2.3	Prima adicional	388
8.3	Asiento contable la compra el 1/1/2024	388
8.3.1	Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada).....	388
8.3.2	Capitales asegurados a fin de vigencia	389
8.4	Reservas de riesgo en curso para motocicleta particular	389
8.5	Reservas para siniestros	390
8.5.1	Reservas para siniestros ocurridos y no reportados	390
8.5.2	Reservas para siniestros pendientes	390
8.5.3	Reservas de siniestros reclamados por liquidar.....	390
8.5.4	Reservas de siniestros por pagar.....	390
8.5.5	Asiento contable reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT	391
8.5.6	Asiento contable liberación de reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT	391

8.5.7	Asiento contable reservas para siniestros reclamados por liquidar	391
8.5.8	Asiento contable liberación de reservas reclamados por liquidar	391
8.5.9	Asiento contable reserva para siniestro por pagar (SOAT)	391

9. Base legal o normativa.....393

Tablas

Tabla 1	Variables capital asegurado	338
Tabla 2	Costos adicionales	341
Tabla 3	Asiento contable producción nueva.....	356
Tabla 4	Asiento contable aplicación tributaria.....	357
Tabla 5	Asiento contable reserva riesgo en curso.....	357
Tabla 6	Asiento contable capitales asegurador	358
Tabla 7	Factor reserva de riesgo.....	358
Tabla 8	Cuentas contables reservas	370
Tabla 9	Asiento contable reservas de siniestros ocurridos y no reportados.....	370
Tabla 10	Asiento contable liberación de reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT	371
Tabla 11	Asiento contable liberación de reservas para siniestros reclamados por liquidar	372
Tabla 12	Asiento contable liberación de reservas reclamados por liquidar	372
Tabla 13	Asiento contable reserva para siniestro por pagar (SOAT)	372
Tabla 14	Formulario de control de siniestro SOAT anverso	374
Tabla 15	Formulario de control de siniestro SOAT reverso	375
Tabla 16	Reporte de fallecidos por accidente de tránsito	376
Tabla 17	Detalle de primas netas y comerciales SOAT	377
Tabla 18	Reporte diario SOAT	380
Tabla 19	Base de siniestros liquidados y pagado	381
Tabla 20	Base de siniestros por pagar Soat por accidentado	382

Ecuaciones

Ecuación 1	Tasa de riesgo	337
Ecuación 2	Severidad.....	337
Ecuación 3	Frecuencia.....	338
Ecuación 4	Prima de riesgo, cobertura de gastos médicos	339
Ecuación 5	Prima de riesgo, cobertura de muerte	339
Ecuación 6	Prima de riesgo, cobertura de incapacidad permanente total.....	340
Ecuación 7	Prima de riesgo, cobertura de gastos médicos	340
Ecuación 8	Prima técnica.....	340
Ecuación 9	Prima tarifa.....	341
Ecuación 10	Monto económico asociado las variables de la prima adicional.....	342
Ecuación 11	Sumatoria Prima adicional	342
Ecuación 12	Fórmula impuesto.....	343
Ecuación 13	Prima total.....	343
Ecuación 12	Reservas de riesgo en curso, cobertura anual.....	358

Introducción 01

1.1 Antecedentes

1.2 Objetivo

1.3 Alcance

1.4 Glosario de términos

1.1 Antecedentes

Antes de la implementación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), ya se registraban diversos hechos de tránsito en Bolivia, entre ellos atropellos, colisiones, choques contra objetos fijos o vehículos detenidos, vuelcos, embarrancamientos, deslizamientos, encunetamientos, caídas de personas e incendios de vehículos. Estos eventos eran relativamente frecuentes en el país. Por ejemplo, en 1996 se reportaron 12.251 hechos de tránsito correspondientes a estas categorías; al año siguiente se observó una disminución considerable, con 10.916 accidentes computarizados, y para 1998 el número descendió a 10.784.

Hasta 1998, todo hecho de tránsito o accidente resultaba altamente problemático. Aunque su frecuencia había disminuido, seguían produciéndose casos con heridos o fallecidos, y la mayoría de los vehículos involucrados no contaba con un seguro que cubriera los gastos derivados de estos hechos. Además, muchos responsables carecían de la capacidad económica para asumir las consecuencias del siniestro. Ante esta situación, surgió la necesidad de implantar un seguro universal y obligatorio en el territorio nacional que permitiera cubrir estas falencias.

La creación del SOAT tuvo como propósito no sólo cubrir los hechos de tránsito, sino también concientizar a la población sobre la imprudencia con la que se circulaba en carreteras y ciudades bolivianas, así como sobre la magnitud de las consecuencias que puede generar un accidente de tránsito.¹

Los seguros obligatorios sólo pueden ser establecidos por ley. Deben administrarse mediante fondos separados, contar con pólizas uniformes y cualquier variación en los montos de las primas debe ser expresamente autorizada por la Superintendencia, considerando las condiciones y términos de los contratos que las regulan.²

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) es de cumplimiento obligatorio para todos los propietarios de vehículos automotores en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, sin excepción. El SOAT es indiscutible, irreversible y su acción es directa contra la entidad aseguradora.³

1.2 Objetivo

El SOAT tiene como objetivo proporcionar una cobertura ampliada para los gastos médicos derivados de accidentes y ofrecer indemnización por muerte o incapacidad total permanente a cualquier individuo que sufra un accidente causado por un vehículo automotor en el territorio de Bolivia.

1.3 Alcance

Este documento abarca la revisión detallada de las normativas, resoluciones administrativas, leyes y reglamentos que regulan el SOAT. Incluye la descripción de los procesos administrativos para su administración y comercialización, así como ejemplos prácticos para ilustrar su implementación.

1.4 Glosario de términos

Accidentado	Persona fallecida o lesionada a causa de un accidente de tránsito provocado por un vehículo motorizado. El accidentado puede ser el conductor, los ocupantes del vehículo o los peatones.
Accidente de tránsito	Evento súbito e imprevisto, ajeno a la voluntad de las personas involucradas, en el que intervienen uno o más vehículos motorizados. Este evento ocurre en la vía pública, áreas de libre circulación vehicular o en otras áreas, y causa el fallecimiento o lesiones corporales a una o más personas.
Asegurado	Persona que adquiere y paga la póliza del SOAT, generalmente el propietario del vehículo asegurado.

1 Taborga, Kiyoko, *Análisis de sostenibilidad del SOAT (tesis de grado)*, pp. 32-33.

2 Ley 1883, Artículo 36; Ley 737, Artículo único.

3 Ley 1883, Artículo 36.

Capital asegurado	Importe máximo que el asegurado puede recibir en caso de siniestro, establecido por la legislación vigente y los términos específicos de la póliza. Es el límite que la aseguradora está obligada a pagar en caso de ocurrir un evento asegurado.
Establecimiento de salud	Establecimiento público o privado, debidamente autorizado, que proporciona tratamiento médico a personas enfermas o lesionadas.
Derechohabiente	Persona a la que se le ha conferido el derecho de recibir la indemnización del SOAT, derivada de la muerte del asegurado.
Entidad habilitada para el SOAT	Entidad pública de seguros legalmente establecida en el país y autorizada por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) para comercializar el SOAT.
FISO (Fondo de Indemnización del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito)	Fondo obligatorio constituido por las entidades aseguradoras que operan con el SOAT. Su organización y administración están regidas por acuerdos mutuos entre los participantes.
Incapacidad total permanente	Incapacidad total y definitiva del accidentado, causada por un accidente de tránsito, que impide realizar un trabajo remunerado de manera razonable. Esta incapacidad, calificada por un médico habilitado por la APS, debe superar el 60% según el Manual de Calificación utilizado en los seguros colectivos del seguro social obligatorio.
Indemnización	Pago realizado por la aseguradora a favor del asegurado, beneficiario o derechohabientes, correspondiente a la cobertura del SOAT, en caso de accidente en el ámbito de la construcción, debidamente reportado en plazo y forma.
Póliza única del SOAT	Contrato registrado en la APS, al que se adhieren la entidad pública de seguros y otras entidades aseguradoras que comercializan el SOAT. Incluye a los propietarios de vehículos y los beneficiarios o derechohabientes del SOAT.
Roseta SOAT	Etiqueta adhesiva, que puede incluir dispositivos electrónicos para el registro y lectura de datos, utilizada para la comercialización y control del SOAT por medios electrónicos. Si no se puede usar esta etiqueta, se deberá utilizar otro medio autorizado por la APS que represente al SOAT.
Siniestro	Evento o incidente que causa daños a personas dentro del vehículo asegurado y/o peatones afectados por el accidente de tránsito.
SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito)	Seguro que cubre los daños y perjuicios derivados de accidentes de tránsito, proporcionando cobertura médica y compensación por daños a personas involucradas.

Gestión integral del producto 02

2.1 Elaboración de la nota técnica

2.2 Registro de pólizas, anexos y cláusulas

2.3 Habilitación

2.1 Elaboración de la nota técnica

La nota técnica es un procedimiento estándar que se aplica a todos los seguros de personas. Se trata de un documento clave en el ámbito de los seguros que detalla la estructura financiera y actuarial de un producto de seguro. Su propósito es justificar las tarifas, beneficios y condiciones de una póliza, fundamentado en principios técnicos y matemáticos (para mayor información, véase el apartado “Elaboración de la nota técnica”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, vol. 1).

En seguros de personas, la nota técnica suele incluir:

- **Descripción del producto:** Características generales de la póliza, como coberturas, exclusiones y duración del seguro.
- **Bases técnicas:** Supuestos sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, siniestralidad y comportamiento de los asegurados.
- **Cálculo de primas:** Metodología para determinar el monto de la prima, que incluye el costo puro de riesgo, gastos administrativos, margen de seguridad y rentabilidad. Para el apartado de cálculo de la prima dentro de la elaboración de la nota técnica, se puede recurrir a los conceptos expuestos en este documento, en el apartado “Estructura de la prima”.

- **Provisión de reservas técnicas:** Detalle de cómo se establecerán las reservas para garantizar el cumplimiento futuro de las obligaciones con los asegurados.
- **Revisión y ajustes:** Mecanismos para ajustar primas o beneficios según la experiencia de siniestralidad o cambios en los supuestos técnicos.

Este documento es evaluado por las autoridades regulatorias (como la APS en Bolivia) para asegurar que los productos ofrecidos por las aseguradoras sean viables y justos tanto para los asegurados como para las empresas aseguradoras.

2.2 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios

El registro de pólizas, anexos y cláusulas es un proceso general aplicable a todos los seguros de personas. Este procedimiento asegura que cada póliza, junto con sus anexos y cláusulas adicionales, cumpla con las normativas legales y regulatorias establecidas. Su correcta gestión garantiza transparencia y protección tanto para el asegurado como para la aseguradora.

En este registro se incluyen:

- **Pólizas:** El documento principal que formaliza el contrato entre el asegurado y la aseguradora, estableciendo las coberturas, primas, condiciones y exclusiones.
- **Anexos:** Modificaciones o adiciones a la póliza original que pueden alterar aspectos como coberturas o condiciones específicas.
- **Cláusulas:** Condiciones adicionales que ajustan o complementan los términos del seguro, ya sea limitando o ampliando las obligaciones y derechos de las partes involucradas.
- **Formularios:** Documentos estandarizados utilizados por las compañías aseguradoras para recabar, registrar o formalizar información relacionada con una póliza de seguros.

(Para mayor información, véase el apartado “Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

2.3 Habilitación

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) es un seguro obligatorio que cubre la muerte y las lesiones corporales sufridas por las personas, ya sean ocupantes o no ocupantes, como resultado de un accidente de tránsito en el que esté involucrado un vehículo automotor asegurado.

2.3.1 Habilitación y comercialización

Para la habilitación y comercialización del SOAT, todas las entidades públicas de seguros deben solicitar la autorización correspondiente ante la Autoridad de Fiscalización y Control

de Pensiones y Seguros (APS).⁴ La APS, como autoridad reguladora, supervisará el cumplimiento de los requisitos y procedimientos establecidos, garantizando que dichas entidades estén debidamente habilitadas para gestionar y comercializar el SOAT.⁵

2.3.2 Habilitación anual

Las entidades públicas de seguros, enmarcadas dentro la regulación operativa del SOAT, deberán presentar una solicitud formal por escrito ante la APS. Esta solicitud, requerida anualmente, debe ser presentada a más tardar el 31 de octubre de cada año, con el fin de obtener la habilitación necesaria para la comercialización y administración del SOAT correspondiente a la siguiente gestión anual.⁶ El proceso de habilitación concluirá hasta el 30 de noviembre de cada año.

2.3.3 Requisitos para la entidad pública de seguros solicitante

Toda Entidad Pública de Seguros que solicite habilitación para la administración y comercialización del SOAT deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- **Régimen de inversiones:** Presentar requisitos desde una fecha inicial hasta una fecha final que la APS solicitará mediante resolución administrativa.
- **Margen de solvencia:** Presentar requisitos desde una fecha inicial hasta una fecha final que la APS solicitará mediante resolución administrativa.
- **Reservas técnicas suficientes:** Mantener reservas técnicas adecuadas.
- **Aportes de supervisión:** Mantener al día los aportes a la APS, presentando requisitos en el período indicado por la APS mediante resolución administrativa.
- **Multas y aportes:** No tener multas impagas ni aportes al Fondo de Protección del Asegurado (FPA) pendientes.
- **Gravámenes:** No tener gravámenes sobre los recursos determinados en los Títulos III y IV de la Ley N.º 1883.
- **Medidas precautorias:** No estar sujeta a medidas precautorias según el Artículo 47 de la Ley N.º 1883.
- **Endeudamiento y riesgo:** No exceder los límites de endeudamiento financiero y cargos vencidos, y no estar en situación de grave riesgo según el Reglamento de Situaciones de Grave Riesgo y el Manual de Endeudamiento Financiero.
- **Póliza uniforme SOAT:** Haber registrado la póliza uniforme SOAT aprobada por la APS.
- **Siniestros pendientes:** No tener siniestros SOAT pendientes de pago conforme al reglamento vigente.

4 Resolución administrativa 1154/2021, Anexo 1, Artículo 1.

5 Resolución administrativa 1154/2021, Anexo 1, Artículo 2.

6 Resolución administrativa 1596/2017, Artículo 3.

El incumplimiento de cualquiera de estos requisitos llevará a la APS a exigir correcciones y complementaciones en un plazo prudente. De persistir el incumplimiento, la APS iniciará procesos administrativos sancionatorios.⁷

2.3.4 Documentación para presentar en la solicitud de habilitación

Dentro de los 10 días administrativos siguientes a la vigencia del régimen, la entidad pública de seguros deberá presentar a la APS la siguiente documentación organizada en una carpeta con una copia simple:

- **Solicitud de autorización:** Solicitud dirigida a la directora ejecutiva de la APS.
- **Acreditación de entidad pública de seguros:** Documentos que acrediten la condición de entidad pública, incluyendo testimonio de constitución, certificado del registro de comercio, y resolución administrativa de autorización de funcionamiento.
- **Certificación del SIP:** Certificación original del ente que administra el Sistema Integral de Pensiones (SIP), con antigüedad no mayor a 15 días calendario.
- **Certificación de Impuestos Nacionales:** Certificación original de no tener deudas impositivas pendientes.
- **Manual del Sistema Tecnológico:** Manual del sistema de información y control de producción en puntos de venta.⁸
- **Resolución administrativa de registro:** Copia simple de la resolución administrativa de registro ante la APS.
- **Compromiso de cumplimiento:** Compromiso de cumplir con campañas de educación e información SOAT.
- **Listado de puntos de atención:** Detalle de sucursales, agencias y oficinas de representación, incluyendo dirección, teléfonos, fax, número de empleados y contacto regional.
- **Detalle de primas:** Detalle de primas comerciales y netas por tipo de vehículo, conforme al Anexo 1 de la Regulación Operativa del SOAT.
- **Manual de roseta:** Manual de la roseta a utilizarse en la gestión 2024.⁹

2.3.5 Cesión de riesgo por la entidad pública de seguros

La entidad pública de seguros deberá administrar y comercializar el SOAT, y podrá ceder el riesgo a otras entidades aseguradoras bajo modalidades de coaseguro o reaseguro. La ce-

7 Resolución administrativa 1154/2021, Anexo 1, Artículo 4.

8 Resolución administrativa IS N.º 595 de 19 de octubre de 2004.

9 Resolución administrativa 1154/2021, Anexo 1, Artículo 4.

sión de riesgo debe ser comunicada a la APS dentro de los dos días hábiles administrativos siguientes a la realización del acto, mediante una nota de cobertura o un documento que describa las condiciones de lo cedido.¹⁰

2.3.6 Requerimiento de información a la APS

Si la entidad pública de seguros realiza cesión de riesgo a una o varias entidades aseguradoras, debe solicitar a la APS la información técnica y financiera de dichas entidades para su evaluación.¹¹

También la entidad de seguros habilitada para la administración y comercialización del SOAT deberá remitir a la APS un ejemplar de cada tipo y uso de roseta SOAT (público y particular) o de la roseta digital.

2.3.7 Comercialización y vigencia del SOAT

La póliza única del SOAT tiene una vigencia de un año calendario, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre. En caso de vehículos recién importados o reconstruidos, se pagará una prima proporcional. El SOAT podrá ser comercializado electrónicamente, cumpliendo con los requisitos legales de telecomunicaciones y tecnologías de información. La entidad pública de seguros deberá implementar todas las medidas necesarias para la comercialización electrónica y garantizar la venta oportuna del seguro.

La entidad pública de seguros habilitada para la administración y comercialización del SOAT, deberá prever la adquisición suficiente de rosetas o medios alternativos para la venta del seguro, de acuerdo a los requerimientos proyectados del parque automotor.

2.3.8 Implementación de medios de comunicación

La entidad pública de seguros deberá establecer los siguientes medios operativos de comercialización a nivel nacional:¹²

- **Puntos de atención al cliente:** Oficinas centrales, sucursales, agencias y puntos de venta.
- **Comercialización directa:** A través de agentes de seguros registrados en la APS.
- **Oferentes casuales:** Relación contractual con oferentes casuales de SOAT.
- **Otras modalidades:** Modalidades adicionales autorizadas por la APS.

10 Resolución administrativa 1154/2021, Anexo 1, Artículo 3.

11 Resolución administrativa 1154/2021, Anexo 1, Artículo 6.

12 Resolución administrativa 1385/2023, Anexo 1, Artículo 9.

2.3.9 Verificación de rosetas SOAT

La APS verificará las rosetas SOAT comercializadas y nuevas adquisiciones del seguro. Está prohibida la anulación del SOAT por falta de pago si se ha otorgado crédito para su adquisición.¹³

La APS, en conjunto con otras instituciones, realizará medidas de control para verificar la adquisición, vigencia y cobertura del SOAT.¹⁴

2.3.10 Obligaciones de la entidad pública de seguros

La entidad pública de seguros habilitada deberá cumplir con las siguientes obligaciones:¹⁵

- **Administrar el Fondo de Indemnización SOAT (FISO):** Previo a la comercialización del SOAT.
- **Venta del SOAT:** A todos los propietarios de vehículos sin excepción.
- **Roseta SOAT:** Implementar y mantener la roseta SOAT en funcionamiento.
- **Información al accidentado:** Informar sobre el monto del capital asegurado utilizado y saldo remanente en un plazo máximo de 24 horas.
- **Atención al cliente:** Operar de 8:30 a 18:30 h. o según disposiciones vigentes.
- **Puntos de atención:** Mantener puntos de atención en las nueve capitales de departamento y ciudades intermedias.
- **Comunicación de cambios:** Informar sobre cambios en puntos de atención con cinco días hábiles de anticipación.
- **Líneas de atención:** Mantener línea gratuita, WhatsApp y otros medios de comunicación a nivel nacional.
- **Listado de puntos de atención:** Remitir y actualizar el listado de puntos de atención a la APS.
- **Reporte de fallecidos:** Remitir mensualmente el reporte de fallecidos por accidente de tránsito.
- **Información para bases de datos:** Proveer la información del SOAT requerida por la APS.
- **Reserva para siniestros:** Mantener la reserva constituida hasta la cancelación total del siniestro.
- **Aporte al FISO:** Realizar el aporte obligatorio al FISO para coberturas de accidentes con vehículos no identificados.

13 Resolución administrativa 1385/2023, Anexo 1, Artículo 10.

14 Resolución administrativa 1385/2023, Anexo 1, Artículo 12.

15 Resolución administrativa 1385/2023, Anexo 1, Artículo 11.

- **Campañas de educación e información:** Realizar al menos cuatro campañas durante la gestión.
- **Renovación de rosetas:** Garantizar la renovación total de las rosetas comercializadas en la gestión anterior.
- **Publicidad del SOAT:** Informar a la población sobre la roseta SOAT, coberturas y FISO a través de diversos medios.
- **Cumplimiento legal:** Cumplir con todas las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.
- **Reporte de reclamaciones:** Remitir mensualmente a la APS un detalle de reclamaciones y acciones de solución.
- **Inicio de cobertura:** Informar que la cobertura del SOAT empieza a las 00:00 del 1 de enero o al día siguiente del pago de la prima.

Cotización 03

3.1 Coberturas

3.2 Estructura de la prima

3.3 Documento *slip*

3.1 Coberturas

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) ofrece coberturas estandarizadas que protegen a las personas involucradas en accidentes de tránsito, asegurando el acceso a atención médica y proporcionando indemnización por fallecimiento o incapacidad total y permanente. Las coberturas son las que se describen a continuación.

3.1.1 Gastos médicos

El SOAT cubre los gastos médicos necesarios para atender a personas lesionadas en accidentes de tránsito. La cobertura incluye hospitalización, medicamentos, cirugías y tratamientos adicionales necesarios para la recuperación. El capital asegurado por esta cobertura es de hasta Bs. 24.000 (veinticuatro mil bolivianos) por persona afectada en cada evento, sin límite en el número de personas que pueden beneficiarse, proporcionando así una protección amplia y efectiva para todos los involucrados en el accidente.

3.1.2 Indemnización por incapacidad total y permanente

Cuando una persona sufre una discapacidad total y permanente como resultado de un accidente de tránsito, el SOAT ofrece una indemnización de hasta Bs. 22.000 (veintidós mil bolivianos) por persona. Similar a la cobertura de gastos médicos, no existe límite en el número de personas cubiertas, permitiendo que cada afectado reciba el apoyo necesario en

caso de este tipo de siniestro. Asimismo, deberá considerarse que, en caso de que el asegurado haya utilizado la cobertura de gastos médicos y, posteriormente a la atención recibida, presente una incapacidad total o permanente derivada del mismo siniestro, tendrá derecho a percibir, de manera adicional, la indemnización correspondiente por dicha incapacidad.

3.1.3 Indemnización por fallecimiento

En caso de fallecimiento de una persona debido a un accidente de tránsito, el SOAT otorga una indemnización de Bs. 22.000 (veintidós mil bolivianos) a los beneficiarios o familiares directos. Esta ayuda económica está destinada a aliviar el impacto financiero del evento para los familiares. Asimismo, deberá considerarse que, en caso de que el asegurado haya utilizado la cobertura de gastos médicos y, posteriormente a la atención recibida, llegue a fallecer como consecuencia del mismo siniestro, tendrá derecho a percibir, de manera adicional, la indemnización en caso de fallecimiento.

3.1.4 Actualización de montos asegurados

Para mantener la vigencia y relevancia de estas coberturas, los montos asegurados se revisan al menos cada tres años por el Órgano Ejecutivo del Estado mediante decreto supremo. Esta revisión permite que los valores de cobertura se adapten a los costos médicos actuales y a las condiciones económicas del país, asegurando así que el SOAT continúe ofreciendo una protección adecuada.

3.2 Estructura de la prima

La estructura de la prima del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se basa en un conjunto de coberturas diseñadas para mitigar los riesgos derivados de eventos accidentales en el ámbito del tránsito, ofreciendo protección económica en situaciones de fallecimiento, indemnización por muerte, incapacidad total permanente y gastos médicos. Cada cobertura establece tanto el alcance como los beneficios específicos que recibirán el asegurado o sus beneficiarios en caso de siniestro. Además, las pólizas del SOAT suelen definir un rango de edad, con límites de ingreso y permanencia, ajustados para gestionar el riesgo en función de la probabilidad de ocurrencia de siniestros relacionados con el tránsito.

3.2.1 Tasa de riesgo

La tasa de riesgo (TR) es un cálculo actuarial esencial que permite a las aseguradoras evaluar la probabilidad de que ocurran siniestros y el costo promedio asociado a estos. Este cálculo se basa en varios factores, incluyendo la frecuencia esperada de los siniestros y el costo promedio de los reclamos. La precisión en la determinación de la tasa de riesgo es fundamental, ya que influye directamente en el precio de la prima que se cobra a los asegurados. Un establecimiento erróneo de la tasa de riesgo puede tener repercusiones significativas: una tasa demasiado baja puede llevar a pérdidas financieras si los reclamos superan las reservas, mientras que una tasa excesivamente alta puede resultar en primas no competitivas y, por ende, en la pérdida de clientes.

Ecuación 1 Tasa de riesgo

$$TR = \frac{\textit{Severidad}_{i,j,k} + \textit{Frecuencia}}{K\textit{Aseg}_{i,j,k}}$$

Donde:**TR:** Tasa de riesgo**Severidad:** Costo promedio de cada siniestro por tipo de cobertura**Frecuencia:** Cantidad de siniestros**KAseg:** Capital asegurado por tipo de cobertura

Esta fórmula proporciona una visión general del cálculo de la tasa de riesgo; sin embargo, es importante que se calcule específicamente para cada tipo de cobertura. Para este propósito, se utilizará un subíndice que facilitará la identificación de la tasa correspondiente a cada cobertura.

- TR_i : Tasa de riesgo cobertura gastos médicos.
- TR_j : Tasa de riesgo cobertura muerte.
- TR_k : Tasa de riesgo cobertura incapacidad total permanente.

3.2.2 Severidad

La severidad es una medida crítica en el cálculo de la tasa de riesgo, ya que refleja el costo promedio que enfrenta la aseguradora por cada accidente o siniestro. Se calcula dividiendo el monto total de todos los siniestros entre el número total de siniestros ocurridos durante un periodo determinado. Esta medida es fundamental para la determinación de las primas del seguro; un costo promedio elevado por accidente implicará una prima mayor para cubrir los riesgos asociados.

Ecuación 2 Severidad

$$\textit{Severidad} = \frac{\textit{Monto total de siniestralidad}}{N^{\circ} \textit{Siniestros ocurridos}}$$

Donde:**Severidad:** Costo promedio de cada siniestro**Monto total de siniestralidad:** Es una medida que describe la frecuencia y la magnitud de estos eventos en relación con la cobertura a calcular**N° Siniestros ocurridos:** N° de eventos concretos cubiertos por el seguro

Es crucial que el cálculo de la severidad se realice por tipo de cobertura, lo que implica que la variable “Monto total de siniestralidad” debe diferenciarse según la siniestralidad específica de cada cobertura (gastos médicos, fallecimiento o incapacidad total y permanente).

- **Severidad_i**: Severidad cobertura gastos médicos.
- **Severidad_j**: Severidad cobertura muerte.
- **Severidad_k**: Severidad incapacidad total permanente.

3.2.3 Frecuencia

La frecuencia se refiere a la cantidad de siniestros ocurridos en un periodo determinado. En el contexto del seguro, se entiende como la tasa o probabilidad de que ocurra un evento cubierto (por ejemplo, un accidente en el ámbito de la construcción en el caso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT).

Ecuación 3 Frecuencia

$$Frecuencia = \frac{N^{\circ} \text{ Siniestros}}{N^{\circ} \text{ riesgos}}$$

Donde:

Frecuencia: Cantidad de siniestros

Monto total de siniestralidad: N.º de eventos concretos cubiertos por el seguro

Nº Siniestros ocurridos: N.º de pólizas vendidas

3.2.4 Prima de riesgo por cobertura

La prima de riesgo representa el monto que una aseguradora cobra a un asegurado para cubrir un riesgo específico. Esta cantidad es necesaria para que la aseguradora pueda hacer frente a los posibles siniestros que puedan ocurrir.

El cálculo de la prima de riesgo se realiza multiplicando la tasa de riesgo por cada una de las coberturas incluidas en el seguro o también denominado capital asegurado.

Tabla 1
VARIABLES CAPITAL ASEGURADO

VARIABLE	COBERTURA	CAPITAL ASEGURADO
VA_i	Gastos médicos	Bs. 24.000 - (veinticuatro mil 00/100 bolivianos)
VA_j	Muerte	Bs. 22.000 - (veintidós mil 00/100 bolivianos)
VA_k	Incapacidad total permanente	Bs. 22.000 - (veintidós mil 00/100 bolivianos)

a. Cobertura de gastos médicos

La prima de riesgo correspondiente a la cobertura de gastos médicos en el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito se calcula en función de la probabilidad de ocurrencia de siniestros que resulten en la necesidad de atención médica y el costo promedio de estos gastos médicos. Se entiende que el capital asegurado a la cobertura de gastos médicos equivale a Bs. 24.000 (veinticuatro mil 00/100 bolivianos).

Ecuación 4 Prima de riesgo, cobertura de gastos médicos

$$PR_i = TR_i * VA_i$$

Donde:

PR_i : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de gastos médicos

TR_i : Tasa de riesgo correspondiente a la cobertura de gastos médicos

VA_i : Capital asegurado correspondiente a la cobertura de gastos médicos, para el caso se toma el valor de Bs. 24.000

b. Cobertura de muerte

La prima de riesgo correspondiente a la cobertura de muerte en el SOAT se basa en la probabilidad de que ocurra un siniestro que resulte en la muerte del asegurado y el costo de la cobertura asociado a ese siniestro. Para el caso, se entiende que el capital asegurado a la cobertura de muerte equivale a Bs. 22.000 (veintidós mil 00/100 bolivianos). La prima de riesgo se establece para garantizar que la aseguradora pueda cubrir las indemnizaciones en caso de fallecimiento de un trabajador asegurado.

Ecuación 5 Prima de riesgo, cobertura de muerte

$$PR_j = TR_j * VA_j$$

Donde:

PR_j : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de muerte

TR_j : Tasa de riesgo correspondiente a la cobertura de muerte

VA_j : Capital asegurado correspondiente a la cobertura de muerte, para el caso se toma el valor de Bs. 22.000

c. Cobertura de incapacidad permanente total

La prima de riesgo correspondiente a la cobertura de incapacidad permanente total en el SOAT se calcula de manera similar a la prima de riesgo para la cobertura de muerte. Esta prima se basa en la probabilidad de que ocurra un siniestro que resulte en la incapacidad permanente total del asegurado y el costo de la cobertura asociado a ese siniestro. Para el caso, se entiende que el capital asegurado a la cobertura de incapacidad total permanente equivale a Bs. 22.000 (veintidós mil 00/100 bolivianos).

Ecuación 6 Prima de riesgo, cobertura de incapacidad permanente total

$$PR_k = TR_k * VA_k$$

Donde:

PR_k : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de incapacidad total y permanente

TR_k : Tasa de riesgo correspondiente a la cobertura de incapacidad total y permanente

VA_k : Capital asegurado correspondiente a la cobertura de incapacidad total y permanente, para el caso se toma el valor de Bs. 22.000

3.2.5 La prima de riesgo

La prima de riesgo total, también conocida como prima neta, en el contexto del seguro obligatorio de accidentes de tránsito, representa la cantidad de dinero que la aseguradora requiere recaudar para cubrir exclusivamente los riesgos asegurados. Esta prima no incluye gastos administrativos, comisiones, beneficios de la aseguradora ni otros costos adicionales. En esencia, se considera el costo puro del seguro, determinado a partir de la evaluación del riesgo, y se calcula como la suma de las primas de riesgo asociadas a cada una de las coberturas.

Ecuación 7 Prima de riesgo, cobertura de gastos médicos

$$PR_T = PR_i + PR_j + PR_k$$

Donde:

PR_T : Prima de riesgo total (prima neta)

PR_i : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de gastos médicos

PR_j : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de muerte

PR_k : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de incapacidad total y permanente

3.2.6 Prima técnica

Esta prima incluye no sólo el valor actuarial estimado del riesgo (conocido como prima de riesgo), sino también un margen de seguridad o carga de seguridad, destinado a compensar posibles desviaciones estadísticas, incertidumbre en la estimación de siniestros futuros, y variaciones adversas en la siniestralidad.

Ecuación 8 Prima técnica

$$PTec = PR * (1+\delta)$$

Donde:

$PTec$: Prima técnica

PR : Prima de riesgo

δ : Margen de seguridad

3.2.7 Tasas adicionales

Los costos adicionales llegan a ser la suma de tasa de regulación, fondo de protección al asegurado, comisiones, costos de producción, gastos administrativos, utilidad.

Tabla 2
Costos adicionales

<i>TREG</i>	2%
<i>FPA</i>	2,5‰
<i>Com</i>	$X\% \leq Com \leq X\%$
<i>CP</i>	$X\% \leq CP \leq X\%$
<i>GA</i>	$X\% \leq GA \leq X\%$
<i>UT</i>	$Min\% \leq GA \leq Max\%$

3.2.8 Prima tarifa

Para calcular la prima tarifa se debe considerar el cociente entre el valor de la prima técnica y 1 menos la sumatoria de las tasas adicionales. En el contexto del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), es fundamental comprender los diferentes componentes que influyen en la determinación de esta prima. La prima tarifa representa la cantidad que los asegurados deben abonar para obtener la cobertura del seguro. Su cálculo se aborda considerando diversos factores, como los gastos administrativos, los gastos de comercialización y las tasas regulatorias.

Ecuación 9 Prima tarifa

$$PT = \frac{PTec}{1 - (TREG + FPA + Com + CP + GA + UT)}$$

Donde:

PT: Prima de tarifa

PR: Prima de riesgo

TREG: Tasa de regulación

FPA: Fondo de protección al asegurado

Com: Comisiones

CP: Costos de producción

GA: Gastos administrativos

UT: Utilidad

3.2.9 Prima adicional

La prima adicional incluye componentes adicionales necesarios para cubrir los gastos operativos y administrativos de la aseguradora. Una vez calculada la prima tarifa, podemos determinar los costos asociados a las variables que componen la prima adicional.

Ecuación 10 *Monto económico asociado las variables de la prima adicional*

$$mTREG = (PT * TREG\%)$$

$$mFPA = (PT * FPA)$$

$$mCom = (PT * Com\%)$$

$$mCP = (PT * CP\%)$$

$$mGA = (PT * GA\%)$$

Donde:

PT: Prima de tarifa

mTREG: Monto económico asociado a la tasa de regulación

TREG%: Tasa de Regulación de Supervisión

mFPA: Monto económico asociado al fondo de protección al asegurado

FPA%: Porcentaje de fondo de protección al asegurado

mCom: Monto económico asociado a las comisiones

Com%: Porcentaje de comisiones

mCP: Monto económico asociado de costos de producción

CP%: Porcentaje de costos de producción

mGA: Monto económico asociado a los gastos administrativos

GA%: Porcentaje de gastos administrativos aplicado por la compañía aseguradora

La prima adicional incluye componentes adicionales necesarios para cubrir los gastos operativos y administrativos de la aseguradora. Estos componentes adicionales se detallan a continuación.

"Ahora bien, si llegamos a sumar todos los valores de esta tabla obtenemos el valor total de la prima adicional".

Ecuación 11 *Sumatoria Prima adicional*

$$PA = (mTREG + mFPA + mCom + mCP + mGA + UT) * PT$$

3.2.10 Impuestos

Dentro de la normativa boliviana, dos impuestos fundamentales influyen en la determinación de la prima de los seguros. En primer lugar, el Impuesto al Valor Agregado (IVA) es un impuesto general que se aplica a la mayoría de los bienes y servicios, incluyendo los seguros, y tiene una tasa del 13%. Por otro lado, el Impuesto a las Transacciones (IT), que se expresa en porcentaje (%), se aplica a las transacciones comerciales con una tasa de 3%.

Para obtener el valor del impuesto a aplicar en la fórmula, es necesario seguir estos pasos:

1. **Suma de impuestos:** Primero, se deben sumar las tasas del IVA y el IT para obtener una base sobre la cual se calculará la carga impositiva total.
2. **Aplicación de la tasa efectiva:** Luego, se utiliza la tasa efectiva para calcular el IMP, que representa el impacto real de los impuestos en la prima del seguro.

Ecuación 12 *Fórmula impuesto*

$$IMP = 1 + \frac{(IVA + IT)}{1 - (IVA + IT)}$$

Donde:

IMP: Impuesto según definición de tasa efectiva

3.2.11 Prima total

La prima total (PTT) es el resultado de multiplicar la prima tarifa (PT) por el factor de impuestos (IMP). Esta ecuación permite calcular el costo final del seguro que debe asumir el asegurado, incluyendo tanto el valor base de la prima como los impuestos aplicables.

[Cabe señalar que, para esta modalidad de seguro, no aplica la elaboración del Documento *slip*].

Ecuación 13 *Prima total*

$$PTT = PT * IMP$$

Donde:

PTT: Prima de total

PT: Prima tarifa

IMP: Impuestos

Suscripción y emisión

04

4.1 Evaluación del riesgo

4.2 Póliza de seguro

4.3 Anulación y exclusión

4.4 Roseta SOAT

4.1 Evaluación del riesgo

Aunque existen coberturas específicas para gastos médicos, incapacidad total permanente y muerte, para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) no se realiza un análisis de riesgo individual para cada ocupante del vehículo. Esto se debe a que todas las condiciones, coberturas y montos asegurados están predefinidos por la normativa vigente, que establece un marco estandarizado para el SOAT, donde las primas, beneficios y exclusiones se aplican de manera uniforme para todos los vehículos asegurados.

Debido a la naturaleza del SOAT, que es un seguro obligatorio de carácter colectivo, las aseguradoras no necesitan evaluar el perfil de riesgo de cada asegurado ni determinar primas personalizadas. Las coberturas están diseñadas para brindar protección en situaciones de riesgo asociadas al tránsito vehicular, conforme a las disposiciones legales establecidas.

4.2 Póliza del seguro

4.2.1 Vigencia

La póliza única del SOAT tendrá una vigencia de un año calendario, con las mismas fechas de inicio y finalización para todos los contratantes cada año.¹⁶

¹⁶ Decreto Supremo 27295, Artículo 8.

El inicio de vigencia del contrato corresponde al período especificado para cada vehículo en la roseta, y se extiende hasta el 31 de diciembre del año correspondiente.¹⁷

4.2.2 Obligatoriedad

Todo vehículo motorizado, ya sea público o particular, que circule por las vías públicas del territorio nacional de Bolivia, debe contar con un seguro contra el riesgo de accidentes de tránsito.¹⁸

Están obligados a adquirir este seguro:

- Los vehículos oficiales de los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial, así como de los Gobiernos Municipales, Cortes Electorales y otras entidades públicas del poder central, descentralizadas, autónomas, autárquicas, y empresas con participación estatal.
- Los vehículos de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.
- Las motocicletas y cuatrimotos.
- Los vehículos de la Cruz Roja, organizaciones similares, fundaciones u otras organizaciones no gubernamentales.
- Los vehículos diplomáticos y de organizaciones diplomáticas también deben contar con el SOAT. No obstante, dado que el SOAT es un seguro mínimo, estos vehículos no quedan exentos de otras obligaciones de seguro que deban cumplir en relación con convenios internacionales.¹⁹

4.2.3 Personas obligadas a contratar el seguro

Deben contratar el SOAT²⁰ las personas naturales o jurídicas propietarias de vehículos motorizados que tengan su derecho de propiedad debidamente inscrito en el Registro Único de Automotores, así como las personas naturales o jurídicas que posean vehículos motorizados adquiridos por compraventa no registrada, donación, sucesión hereditaria, adjudicación judicial, o que estén pendientes de trámite en el registro correspondiente. Esta disposición no acredita que el poseedor tenga el derecho de propiedad sobre el vehículo.

4.2.4 Exenciones

Están exentos de contratar el SOAT los siguientes vehículos:

- Vehículos con matrícula extranjera que ingresen provisional o temporalmente al país por un período máximo de 30 días.
- Vehículos portadores de armas de artillería pesada o liviana de las Fuerzas Armadas de la Nación.

17 Resolución administrativa 27295, Artículo 32; Resolución administrativa 410/2011, Póliza del SOAT, cláusula 7.

18 Ley 1883, Artículo 37, y Decreto Supremo 27295, Artículo 4.

19 Decreto Supremo 27295, Artículo 4.

20 Decreto Supremo 27295, Capítulo III, Artículo 7.

Sin embargo, en caso de que los vehículos mencionados en este artículo ocasionen accidentes de tránsito, las personas civil o penalmente responsables deberán indemnizar según lo establecido por el SOAT.²¹

4.2.5 Exclusiones de motorizados

Quedan exentos de contratar el SOAT los siguientes vehículos:

- Vehículos que circulan sobre rieles.
- Vehículos utilizados exclusivamente dentro de las instalaciones de playas ferroviarias, fábricas o predios cerrados a los cuales no tenga acceso libre el público.
- Tractores y maquinaria agrícola, industrial, minera o de construcción dedicada a tareas específicas, siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos.
- Vehículos con tracción animal.
- Remolques, acoplados, casas rodantes u otros similares, siempre y cuando no estén acoplados a un vehículo motorizado ni estacionados en la vía pública.
- Bicicletas.

No obstante, si los vehículos mencionados en los incisos b), c) y f) circulan por la vía pública y causan accidentes de tránsito, las personas civil o penalmente responsables deberán indemnizar de acuerdo con lo establecido por el SOAT.²²

4.3 Roseta SOAT

El SOAT será representado mediante una etiqueta adhesiva, que puede incluir dispositivos electrónicos para su registro y control. La APS establecerá las especificaciones técnicas y de seguridad. Si no es posible usar la etiqueta adhesiva, se deberá implementar un método alternativo autorizado.

La entidad pública de seguros es responsable de distribuir la roseta, aunque otras aseguradoras también pueden participar bajo condiciones específicas. La verificación de la vigencia del SOAT es obligatoria, y la ausencia de la roseta no exime a la aseguradora de responsabilidad en caso de accidente. Según la Resolución administrativa 1385, se aprueban las especificaciones de la Roseta SOAT 2024, que será digital para vehículos y motocicletas particulares.

4.3.1 Detalles de la roseta SOAT

Los datos que cada roseta debe contener son los siguientes:

²¹ Decreto supremo 27295, Artículo 5.

²² Decreto supremo 27295, Artículo 6.

- **Número:** Número único que identifica la roseta del SOAT asignada al vehículo.
- **Departamento:** Departamento dentro del Estado Plurinacional de Bolivia donde se adquirió el SOAT.

Datos del vehículo

- **Placa:** Matrícula del vehículo registrada ante la autoridad competente.
- **Tipo:** Clasificación del vehículo según su estructura (automóvil, motocicleta, camioneta, etc.).
- **Uso:** Finalidad para la que se utiliza el vehículo (particular, público, oficial, etc.).

Vigencia del SOAT

- **Del:** Fecha de inicio de la cobertura del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).
- **Hasta:** Fecha de finalización de la cobertura, especificando el período de validez del seguro.

4.3.2 Colores

Colores de uso tanto para los logotipos como para demás características se encuentran enmarcados dentro de los usos permitidos del manual de identidad/Imagen Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia), considerando lo siguiente:

- Marcas de agua.
- Logotipo UNIVIDA S.A.
- Colores bandera de la roseta digital.
- Colores logotipo APS.

4.3.3 Diagrama de roseta digital



4.3.4 Tipos de rosetas

Ilustración 1 Roseta servicio particular

Los vehículos particulares son aquellos que no prestan servicio remunerado al público. En este caso, la roseta se diferencia por tener la parte superior redondeada.



Ilustración 2
Roseta servicio público

Los vehículos de servicio público son aquellos que prestan servicio remunerado a la sociedad. En ese caso, la roseta se diferencia por tener la parte superior en forma triangular.



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA



UNIVIDA S.A.
Seguros y Reaseguros
Personales

N° de Roseta:



DEPARTAMENTO:

Datos del Vehículo

- Placa:
- Tipo:
- Uso:

Vigencia del SOAT:

Del

Hasta



APS Este operador está bajo la fiscalización y control de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

4.3.5 Dimensiones para la roseta digital para vehículos y motocicletas de tipo particular

Ilustración 3
Dimensiones roseta servicio particular

Los vehículos particulares son aquellos que no prestan servicio remunerado al público. En este caso, la roseta se diferencia por tener la parte superior redondeada.



- 1) 1,37 (b) x 3,75 (a) cm.
- 2) 3,26 (b) x 0,98 (a) cm.
- 3) 5,22 (b) x 0,37 (a) cm.
- 4) 2,52 (b) x 2,52 (a) cm.
- 5) 8,27 (b) x 6,02 (a) cm.
- 6) 2,88 (b) x 0,76 (a) cm.

- 7) 2,88 (b) x 0,76 (a) cm.
- 8) 1,40 (b) x 1,18 (a) cm.
- 9) 4,47 (b) x 3,19 (a) cm.
- 10) 3,06 (b) x 1,31 (a) cm.
- 11) 4,92 (b) x 4,97 (a) cm.
- 12) 9,42 (b) x 0,67 (a) cm.

* (a) = Alto

* (b) = base

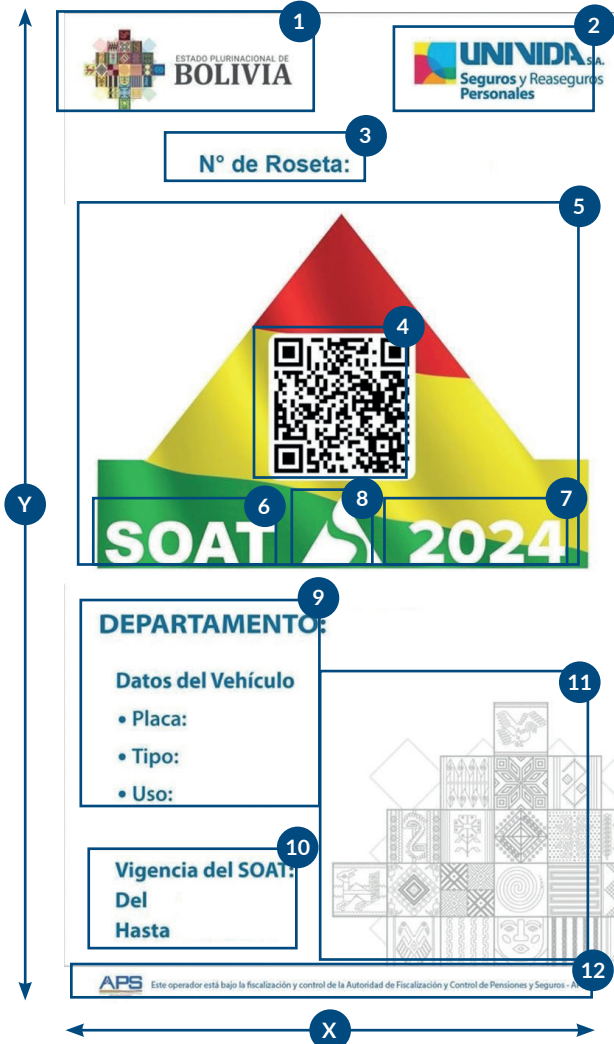
Fuente: Myriad Pro Medium Bold.

Y = 16,74 cm

X = 9,42 cm

Ilustración 4 Dimensiones roseta servicio público

Los vehículos de servicio público son aquellos que prestan servicio remunerado a la sociedad. En este caso, la roseta se diferencia por tener la parte superior de la roseta de forma triangular.



- 1) 1,37 (b) x 3,75 (a) cm.
- 2) 3,26 (b) x 0,98 (a) cm.
- 3) 5,22 (b) x 0,37 (a) cm.
- 4) 2,52 (b) x 2,52 (a) cm.
- 5) 8,27 (b) x 6,02 (a) cm.
- 6) 2,88 (b) x 0,76 (a) cm.

- 7) 2,88 (b) x 0,76 (a) cm.
- 8) 1,40 (b) x 1,18 (a) cm.
- 9) 4,47 (b) x 3,19 (a) cm.
- 10) 3,06 (b) x 1,31 (a) cm.
- 11) 4,92 (b) x 4,97 (a) cm.
- 12) 9,42 (b) x 0,67 (a) cm.

*(a) = Alto

*(b) = base

Fuente: Myriad Pro Medium Bold.

Y = 16,74 cm

X = 9,42 cm

4.3.6 Prima diferida

Cuando la suscripción se realice en una fecha anterior al inicio de vigencia, la prima cobrada en efectivo se registrará como “prima diferida” según las condiciones y cuentas estipuladas en el Plan Único de Cuentas (PUC). Estos montos se utilizarán como recursos de inversión conforme a la normativa reglamentaria vigente. Posteriormente, al inicio de la vigencia del SOAT, se traspasarán a la cuenta de resultados y reservas correspondientes.

Por ejemplo, si una persona adquiere un SOAT el 1 de diciembre, pero la póliza no entra en vigor hasta el 1 de enero del próximo año, la prima de Bs. 200 pagada en diciembre será registrada por la aseguradora como “prima diferida”. Aunque el pago ya se recibió, el dinero no se reconocerá inmediatamente como ingreso, sino que se ubicará en una cuenta específica de “prima diferida”.

Durante diciembre, esa prima diferida se utilizará como un recurso de inversión, según la normativa vigente. Una vez que llega el 1 de enero y el SOAT entra en vigor, esos Bs. 200 se trasladarán de la cuenta de “prima diferida” a las cuentas de resultados y reservas de la aseguradora, reflejando que la prima ahora se reconoce como ingreso efectivo, ya que la cobertura del seguro ha comenzado.

5.1 Cobranza

5.2 Contabilidad

5.3 Reaseguro

5.4 Reservas de riesgo en curso

5.5 Inversiones

5.1 Cobranza

La gestión de cobranza del SOAT es un proceso fundamental para asegurar que los propietarios de vehículos cumplan con la normativa legal y estén protegidos en caso de accidentes. A continuación, se presentan los pasos clave que deben seguirse en este proceso.

5.1.1 Cobro al momento de la emisión

El SOAT debe ser pagado en su totalidad al momento de la emisión del seguro. Es esencial que el propietario del vehículo realice el pago completo para activar la cobertura del seguro.

5.1.2 Puntos de venta y cobranza

El pago se puede realizar en puntos de venta autorizados, que incluyen agencias de aseguradoras, entidades financieras y plataformas en línea. Se aceptan diversos métodos de pago, como efectivo, tarjeta de débito o crédito, y transferencias electrónicas.

5.1.3 Control de cumplimiento

Las autoridades de tránsito tienen la responsabilidad de verificar la vigencia del SOAT durante sus controles en carretera. Los propietarios de vehículos deben portar el comprobante del seguro, que puede ser verificado a través de sistemas en línea por parte de las autoridades.

5.1.4 Renovación anual

La gestión de cobranza también se centra en la renovación anual del SOAT. Las aseguradoras suelen enviar recordatorios a los propietarios antes de la fecha de vencimiento, fomentando el pago oportuno para evitar sanciones.

5.1.5 Sanciones por falta de pago

La no renovación del SOAT conlleva sanciones, que pueden incluir multas y la imposibilidad de circular legalmente. Esta normativa actúa como un incentivo para que los propietarios de vehículos realicen el pago en tiempo y forma.

La gestión de cobranzas en seguros de personas es fundamental para garantizar el flujo de ingresos y la estabilidad financiera de la aseguradora. Este proceso abarca desde la identificación de cuentas por cobrar y la clasificación de deudores, hasta la comunicación efectiva, la oferta de planes de pago y el seguimiento continuo.

5.2 Contabilidad

La contabilidad del SOAT desempeña un papel clave en el registro, control y análisis de las transacciones relacionadas con la producción y renovación de pólizas, así como en la gestión de capitales asegurados y reservas. A través de asientos contables específicos, se garantiza la correcta imputación de ingresos, egresos, aportes fiscales y reservas técnicas

5.2.1 Producción nueva (SOAT)

Este proceso contable corresponde al registro inicial de la venta de una póliza SOAT para un vehículo que nunca antes había contado con esta cobertura. En este contexto, se reconocen los ingresos por primas, el débito fiscal, y se constituyen las reservas necesarias para cumplir con los requisitos regulatorios. El asiento contable incluye la creación de cuentas relacionadas con la prima por cobrar, la prima de riesgo y las primas adicionales, así como el registro de aportes obligatorios y la constitución del fondo de reserva de riesgo en curso (RRC).

Tabla 3
Asiento contable producción nueva

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.94.55	1.02.011.94.55	PRIMA POR COBRAR	0000,00	
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE		0000,00
4.01.011.94.55	4.01.011.94.55.01	PRIMA TÉCNICA		0000,00
4.01.041.94.55	4.01.041.94.55.01	PRIMAS ADICIONALES		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.55	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	0000,00	
7.01.011.01.94	7.01.011.01.94.55	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		0000,00

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	0000,00	
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	0000,00	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	APORTE MENSUAL APS		0000,00
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0000,00
5.08.011.94.55	5.08.011.94.55.01	CONSTITUCIÓN RRC SOAT M.N.		0000,00
2.04.011.94.55	2.04.011.94.55.01	SALDO RRC SOAT M.N.	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.2 Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada)

En este punto se registran los asientos necesarios para reflejar el cumplimiento de obligaciones tributarias asociadas con las ventas nuevas o renovaciones del SOAT. Este proceso incluye el reconocimiento del débito fiscal corriente y no corriente, así como el gasto por impuesto a las transacciones y su correspondiente pago. Además, se gestionan las liberaciones de reservas técnicas para las pólizas que cumplen con los criterios establecidos. El asiento contable de este apartado asegura el cumplimiento tributario y regula los ajustes en las reservas, garantizando la solvencia técnica de las operaciones.

Tabla 4
Asiento contable aplicación tributaria

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	0000,00	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		0000,00
5.21.041.01.01	5.21.041.01.01	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	0000,00	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		0000,00
			0000,00	0000,00

Tabla 5
Asiento contable reserva riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.94.56	2.04.011.94.55.01	SALDO RRC SOAT M.N.	0000,00	
4.08.011.94.56	4.08.011.94.55.01	LIBERACIÓN RRC SOAT M.N.		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.3 Capitales asegurados a fin de vigencia

Este proceso se realiza al concluir la vigencia de las pólizas, específicamente al cierre del período fiscal (31/12/2024). Se registran los movimientos contables necesarios para revertir los capitales asegurados acreedores y deudores, ajustando así el balance contable según la vigencia de las coberturas. El asiento contable asegura que los compromisos de aseguramiento estén correctamente liquidados, cumpliendo con las normativas contables y financieras aplicables.

Tabla 6
Asiento contable capitales asegurador

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.94	7.01.011.01.94.55	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.55	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.3 Reservas de riesgo en curso

5.3.1 Pólizas con cobertura anual

La reserva para riesgos en curso (RRC) del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se constituye mensualmente durante la vigencia anual del seguro, utilizando una fórmula específica que permite calcular el monto de la reserva en función de las primas netas de reaseguro proporcional y un factor de ajuste relacionado con el tiempo restante de cobertura.

Ecuación 12 Reservas de riesgo en curso, cobertura anual

$$RRCS_T^A = PNRS_T^A * F$$

Donde:

$RRCS_T^A$: Reserva de riesgos en curso SOAT del mes T, correspondiente a la vigencia "A"

$PNRS_T^A$: Suma de las primas netas de reaseguro proporcional por SOAT correspondiente a la vigencia "A" desde el inicio de su comercial hasta el último día del mes "T"

A: Vigencia anual: 2004, 2005, 2006...

F: Factor de calculo que tomara de los siguientes valores

El factor FFF se aplica según el mes correspondiente y toma valores proporcionales al tiempo restante de cobertura dentro de la vigencia anual.

Tabla 7
Factor reserva de riesgo

Mes	Factor
Enero	(11/12) avos
Febrero	(10/12) avo
Marzo	(9/12) avo
Abril	(8/12) avos
Mayo	(7/12) avos

Mes	Factor
Junio	$(\frac{6}{12})$ avos
Julio	$(\frac{5}{12})$ avos
Agosto	$(\frac{4}{12})$ avos
Septiembre	$(\frac{3}{12})$ avos
Octubre	$(\frac{2}{12})$ avos
Noviembre	$(\frac{1}{12})$ avos
Diciembre	0

La constitución de la reserva para riesgos en curso de una vigencia anual “A” es independiente del registro e inversión de aquellas primas cobradas por anticipado, correspondiente a la siguiente vigencia de acuerdo con el punto “a” precedente.

La constitución y contabilización de la reserva para riesgo en curso SOAT es independiente de las reservas de siniestros pendientes. Estas pólizas cuentan con una vigencia de un año donde la reserva para riesgo en curso se calcula de forma mensual bajo el método de veinticuatroavos. La reserva para riesgos en curso correspondiente a las primas netas de reaseguro de los últimos 12 meses será calculada de forma mensual.²³

5.4 Inversiones

La gestión de inversiones en seguros de personas es un procedimiento genérico que no se desarrolla de manera específica para cada ramo de seguros. Este proceso se enfoca en maximizar la rentabilidad, asegurar la liquidez y garantizar la seguridad de los fondos administrados. Las inversiones se realizan a partir de las reservas técnicas, el margen de solvencia y las retenciones a reaseguradores, siempre bajo la supervisión de la autoridad reguladora (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Inversiones” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

²³ Resolución administrativa 31/1998, Artículo 3.

Siniestro 06

6.1 Atención de siniestros

6.2 Indemnización

6.3 Vehículos no identificados y el fondo de indemnizaciones SOAT - FISO

6.4 Reservas técnicas para siniestros

6.1 Atención de siniestros

6.1.1 Aviso de siniestro

Los involucrados en cualquier accidente de tránsito o las personas que tengan interés legítimo, dentro los quince (15) días de tener conocimiento del siniestro, deben comunicar tal hecho al asegurador, salvo situaciones de fuerza mayor o impedimento debidamente justificado.²⁴

6.1.2 Obtención del beneficio

En un accidente de tránsito identificado, los afectados tienen derecho a la indemnización del SOAT, excepto en casos de exclusión de cobertura. Para solicitarlo:

- Notificar el siniestro a la aseguradora.
- Presentar la documentación requerida sin un plazo fijo para su entrega.

²⁴ Decreto Supremo 27295, Artículo 18.

En caso de no identificarse al vehículo que ocasionó el accidente se procederá de acuerdo a lo previsto en el Capítulo XI del Decreto Supremo N.º 27295, o también podemos interpretarlo que se recurrirá al Fondo de Indemnización de Seguros Obligatorios (FISO).²⁵

6.1.3 Atención de siniestro

Está prohibido que la entidad aseguradora exija al asegurado o beneficiario que realice el trámite de indemnización del SOAT en un departamento diferente al lugar del siniestro o alternativamente al lugar de residencia de los interesados.²⁶

Una vez presentada la documentación requerida, la entidad aseguradora debe efectuar el pago en un plazo máximo de 15 días hábiles.

Para que proceda el pago de la indemnización, el damnificado o los derechohabientes, cuando corresponda, deberán presentar únicamente la siguiente documentación:²⁷

<p style="text-align: center; color: #008080;">Para el caso de accidentes con muerte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que identifique al fallecido. • Certificado del accidente emitido por el Organismo Operativo de Tránsito. <ul style="list-style-type: none"> • Certificado del médico forense. • Declaratoria de herederos. <p style="font-size: small;">El certificado del médico forense podrá ser reemplazado por un certificado médico cuando exista impedimento justificado o causales de fuerza mayor.</p>	<p style="text-align: center; color: #008080;">Para el caso de accidentes con heridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento que identifique al accidentado. • Certificado del accidente emitido por el Organismo Operativo de Tránsito. <ul style="list-style-type: none"> • Certificado médico. • Declaración de invalidez total y permanente cuando corresponda. <ul style="list-style-type: none"> • Facturas o recibos.
---	---

Está prohibido:

- Realizar pagos parciales mediante acuerdos transaccionales (es una forma legal, voluntaria y negociada de resolver un conflicto, sin necesidad de que un juez dicte sentencia) cualesquiera sean los mismos.
- Realizar pagos parciales bajo la figura de ex-gratia (expresión latina que significa “por gracia” o “por favor”, y se utiliza para describir un pago o beneficio otorgado voluntariamente, sin que exista obligación legal o contractual de hacerlo).
- Solicitar documentos adicionales no especificados en este punto.

²⁵ Decreto Supremo 27295, Artículo 19.

²⁶ Resolución administrativa 595, Capítulo VI, Artículo 25.

²⁷ Decreto Supremo 27295, Artículo 29.

- En caso de conflicto de intereses entre los derechohabientes por los beneficios emergentes de la muerte del accidentado, la entidad aseguradora hará un depósito judicial en un Juzgado de Partido en lo Civil de Turno, en el mismo plazo determinado por el artículo 20 a partir de la evidencia de dos o más reclamos por la indemnización que genere un conflicto de intereses ante la entidad aseguradora o el FISO.²⁸

La entidad aseguradora no puede rechazar siniestros con roseta SOAT extraviada.²⁹

6.1.4 Atención a las víctimas

Todo centro médico, público o privado, tiene la obligación de atender a las víctimas de accidentes de tránsito. Negarse a prestar asistencia es considerado un delito de denegación de auxilio, sancionado con penas de un mes a un año de reclusión.³⁰ Además, si un funcionario del centro médico incumple con sus deberes, puede enfrentar sanciones adicionales como reclusión de un mes a dos años.³¹

Adicionalmente, los acuerdos sobre tarifas médicas entre entidades aseguradoras y centros médicos privados de ninguna forma comprometen ni limitarán el servicio o calidad de la atención médica del accidentado.

En caso de que el centro médico no cuente con los recursos necesarios para atender a la víctima, el director o encargado debe autorizar el traslado a otro centro que sí disponga de los medios adecuados. Igualmente, la entidad aseguradora, con el consentimiento del paciente o sus familiares, puede solicitar el traslado a otro centro, siempre que no ponga en riesgo el tratamiento.

Una vez recibida la documentación necesaria, la aseguradora tiene cinco días hábiles para conciliar los costos de atención con el centro médico. Si no se llega a un acuerdo, se aceptará como válido el monto indicado en la proforma.³²

6.1.5 Centros de atención médica

Los centros médicos que dispongan de equipos para realizar test de alcoholemia, deben aplicarlo a los conductores involucrados en accidentes, y el costo será cubierto por el SOAT. La falta de esta prueba no invalidará la cobertura del seguro, pero si el nivel de alcohol en sangre supera el permitido por la ley, se activa el derecho de repetición contra el conductor.

Los centros médicos deben notificar de inmediato a la aseguradora cuando atienden a víctimas de accidentes de tránsito. Aunque omitir esta notificación no anula la cobertura

28 Decreto Supremo 27295, Artículo 30.

29 Decreto Supremo 27295, Artículo 12.

30 Código Penal, Artículo 281.

31 Código Penal, Artículo 154.

32 Decreto Supremo 27295, Artículo 39.

del siniestro, es obligatorio solicitar la identificación de los pacientes, salvo en casos de indocumentados o fallecimientos sin identificación. La confirmación de la cobertura del SOAT garantiza el pago, y los centros médicos no pueden retener al paciente tras finalizar el tratamiento. Además, deben permitir que médicos acreditados por las aseguradoras revisen los servicios prestados, emitiendo también el informe médico que contenga el diagnóstico de internación.

6.1.6 Tarifas por atención médica

Las tarifas para la atención de víctimas del SOAT serán uniformes a nivel nacional y estarán reguladas por el Ministerio de Salud y Deportes mediante resolución ministerial. Estas tarifas deben acordarse entre los centros médicos y las aseguradoras, sin exceder el precio promedio del mercado para tales servicios. Los centros médicos y las aseguradoras deben presentar al Ministerio de Salud la lista completa de tarifas. El Ministerio de Salud y la APS se encargarán de difundir y aplicar la lista consensuada.³³

6.1.7 Auditores médicos

Las entidades aseguradoras deberán contar con una planilla de auditores médicos designados a nivel nacional. Deberán remitir un listado de éstos a la APS, en un plazo improrrogable de 30 días calendario previos al inicio de vigencia del SOAT.³⁴

Es responsabilidad de la entidad aseguradora enviar a sus auditores médicos al centro médico en que se encuentre los accidentados.³⁵

6.1.8 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de este tipo de seguro los riesgos que no sean originados como consecuencia de accidentes de tránsito tales como:

- Lesiones defectos o enfermedades preexistentes a la fecha que ocurrió el accidente.
- Enfermedades o defectos físicos congénitos y/o adquiridos al nacer sean o no hereditarios.
- Tratamiento de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sus complicaciones y enfermedades, salvo que sean consecuencia del accidente de tránsito.
- Enfermedades contagiosas declaradas por el Ministerio de Salud, que requieren aislamiento o cuarentena, salvo que dicha enfermedad haya sido contraída a causa del accidente.
- Sanciones para la entidad aseguradora

³³ Resolución administrativa 27295, Art. 41.

³⁴ Resolución administrativa 595, Capítulo VI, Art. 24.

³⁵ Resolución administrativa 813, Art. 7, punto quinto.

La entidad aseguradora que dentro del tiempo establecido no cancelare la indemnización correspondiente, procederá al pago adicional de intereses sobre el capital no pagado entre la fecha límite de pago y la fecha de pago efectivo, que se calcularán diariamente aplicando la tasa bancaria activa comercial promedio nominal utilizada para créditos en moneda nacional, publicada por el Banco Central de Bolivia y aplicada por la APS.³⁶

6.1.9 Siniestro con vehículos múltiples

En accidentes de tránsito que involucren dos o más vehículos, cada aseguradora será responsable de indemnizar a las personas transportadas en el vehículo que aseguran. Si hay peatones afectados, todas las aseguradoras de los vehículos involucrados serán solidariamente responsables de las indemnizaciones bajo el SOAT. Las indemnizaciones se pagarán en el plazo estipulado, y la conciliación entre aseguradoras se realizará una vez determinado el grado de participación de cada vehículo. Si una bicicleta está involucrada, la aseguradora del vehículo con SOAT indemnizará a la víctima; si el causante no tiene SOAT, éste será directamente responsable.³⁷

6.1.10 Derecho de repetición

Después de un accidente de tránsito, la aseguradora pagará las indemnizaciones cubiertas por el SOAT y podrá reclamar el reembolso al conductor o responsable civil y penal si se demuestra que:

- Estaba en estado de ebriedad según las normas de alcoholemia.
- Estaba bajo efectos de drogas, narcóticos u otros alucinógenos.
- No tenía licencia de conducir válida.
- Cuando la declaración sobre el uso del vehículo para la adquisición del SOAT sea falsa.
- Era menor de 18 años (salvo que cuente con autorización provisional de conducir, cuyo responsable civil serán los padres o tutores del menor titular de la autorización).

Las aseguradoras y el FISO pueden iniciar acciones legales dentro de los plazos establecidos, basadas en pruebas. El derecho de repetición no aplica si el conductor está en proceso de renovación de su licencia. Es necesario haber cubierto todos los costos del siniestro, incluidos gastos médicos y funerarios, antes de ejercer el derecho de repetición.³⁸

³⁶ Resolución administrativa 410/2011, póliza SOAT, cláusula 26.

³⁷ Decreto Supremo 27295, Art. 21.

³⁸ Decreto Supremo 27295, Art. 22.

6.2 Indemnización

Resarcimiento de daños y gastos ocasionados por cualquier accidente de tránsito protagonizado por vehículos automotores.³⁹

6.2.1 Plazo para indemnizar

Las entidades aseguradoras deberán pagar las indemnizaciones dentro de los quince (15) días hábiles contados a partir de la presentación de los documentos requeridos, conforme a lo establecido en el artículo 20 del Decreto Supremo N.º 27295.⁴⁰

6.2.2 Pago de indemnización

La entidad aseguradora pagará las siguientes indemnizaciones por concepto del SOAT:

- a. **Gastos médicos:** El pago se efectuará directamente al centro médico que haya brindado los servicios a la víctima. Si el asegurado o cualquier persona vinculada con los heridos realiza el pago debido a fuerza mayor, la aseguradora deberá reembolsar estos gastos. El monto de los gastos médicos se determinará de acuerdo con las tarifas reguladas por el Ministerio de Salud mediante resolución ministerial.
- b. **Incapacidad total:** La indemnización se pagará directamente al damnificado o a su representante, conforme a los límites de cobertura establecidos.
- c. **Muerte:** La indemnización será entregada a los derechohabientes del fallecido, siguiendo el orden de prelación establecido por el Código Civil para sucesores a título universal, siempre que estén debidamente declarados en sentencia judicial. El monto de la indemnización se ajustará a los límites de cobertura establecidos.

6.2.3 Documentos necesarios

La aseguradora pagará las indemnizaciones dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación de los documentos.⁴¹

³⁹ Decreto Supremo 27295, Art. 3

⁴⁰ Decreto Supremo 27295, Art. 20.

⁴¹ Resolución administrativa 410, póliza de SOAT, cláusula 15; Decreto Supremo 27295, Artículo 29.

Para el caso de accidentes con muerte:

- Documento que identifique al fallecido.
 - Certificado del accidente emitido por el Organismo Operativo de Tránsito.
 - Certificado del médico forense.
 - Declaratoria de herederos.

El certificado del médico forense podrá ser reemplazado por un certificado médico cuando exista impedimento justificado o causales de fuerza mayor.

Para el caso de accidentes con muerte:

- Documento que identifique al accidentado.
 - Certificado del accidente emitido por el Organismo Operativo de Tránsito.
 - Certificado médico (podrá reemplazarse por un informe médico con los mismos efectos legales).
 - Declaración de invalidez total y permanente cuando corresponda.
- Facturas o recibos..

6.2.4 Calificación de grado de invalidez

Cuando el asegurado o su representante legal solicite la calificación del grado de invalidez a la Entidad Encargada de Calificar (EEC), la aseguradora deberá gestionar la solicitud y financiar el costo con el capital asegurado remanente:

- **Plazos de calificación:** La EEC emitirá el dictamen de invalidez en un plazo máximo de 45 días calendario desde la solicitud, conforme al manual de normas.
- **Notificación:** La EEC deberá notificar el dictamen tanto a la aseguradora como al accidentado en un plazo no mayor a cinco días calendario tras la emisión del dictamen, siempre que se cuente con toda la información necesaria.
- **Revisión:** Contra el dictamen, se podrá presentar un recurso de revisión ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) dentro de los cinco días siguientes a la notificación. La APS resolverá el recurso en un plazo de 45 días calendario. En caso de ser necesario, se podrán presentar recursos de revocatoria o jerárquicos conforme a las normas de regulación financiera.

El centro médico que atienda a accidentados del SOAT y que proporcione información inconsciente o tergiversada será pasible de sancionada la acción legal que correspondan.

6.2.5 Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura de la póliza de este tipo de seguro los casos de muerte o lesiones corporales ocurridos en las siguientes circunstancias:

- Competencias de automóviles u otros vehículos motorizados.
- Los accidentes de tránsito ocurridos fuera del territorio nacional.
- Los accidentes de tránsito ocurridos en áreas que no fueron de libre acceso al público provocados por vehículos que estuvieren circulando dentro de esas áreas, exceptuando las terminales de carga y pasajeros autorizados y habitualmente utilizadas para este efecto, incluyendo los parqueos públicos.

- Como consecuencia de guerras y sismos.
- Suicidio o lesiones autoinferidas, demostradas legalmente.
- Se encuentran excluidos de la cobertura del SOAT, los tratamientos por efectos secundarios postaccidentales, como: cirugías plásticas, tratamientos psicológicos y prótesis externas no funcionales. Quedarán cubiertas las cirugías reconstructivas como consecuencia del accidente y las prótesis funcionales internas.

Otorgar los servicios prepagados de índole similar al seguro, cuando corresponda.⁴²

6.2.6 Identificación del cadáver

De producirse un accidente de tránsito en el que se produzca la muerte de una persona y ésta no sea identificada o no sea reclamado el cadáver por sus derechohabientes, procederá la autopsia.

En caso sea una persona no identificada o no sea reclamado el cadáver por sus derechohabientes, se seguirá el siguiente procedimiento:

- a. Cuando el cadáver pueda ser identificado mediante documentos que se encuentren en el mismo, y el o los vehículos involucrados en el accidente sean conocidos, la entidad aseguradora correrá con los gastos de comunicación a los derechohabientes o, en su caso, pagará los gastos de publicación en un periódico de circulación nacional por dos (2) días continuos, con los datos y características del occiso. En caso no se presenten parientes, se procederá con el entierro del mismo en un nicho individual, todos los gastos de este procedimiento serán pagados por la entidad aseguradora, si posteriormente aparecieren los beneficiarios estos gastos, así como los de publicación, serán deducidos de la indemnización total.
- b. Cuando el cadáver no sea identificado y se conozcan el o los vehículos involucrados, se procederá a la formolización del occiso (o conservación por otros métodos), manteniéndolo en la morgue por treinta (30) días calendario. Dentro este período, la entidad aseguradora publicará las características que hagan identificable al occiso, en un periódico de circulación nacional, durante tres (3) días. En caso de que el cadáver no sea identificado en el período de treinta (30) días, se procederá a su entierro en fosa común, con orden fiscal. En caso de que el occiso sea identificado y se presenten sus beneficiarios, antes de un año de haber sido enterrado, se podrá desenterrar el cadáver. La entidad aseguradora correrá con todos los gastos que demanden dichos procedimientos y en caso de ameritar el pago de beneficios se descontarán los gastos realizados.

⁴² Decreto Supremo 27295, Artículo 32; póliza del SOAT, cláusula 25.

- c. Cuando el cadáver no sea identificado y tampoco se identifique al o a los vehículos involucrados en el accidente de tránsito, se seguirá el mismo procedimiento descrito en los incisos a) o b) ya mencionados, según corresponda. Sin embargo, en este caso los gastos de los procedimientos, así como la indemnización a los beneficiarios, cuando corresponda, serán cancelados por el Fondo de Indemnizaciones SOAT - FISO.⁴³

6.3 Vehículos no identificados y Fondo de Indemnizaciones SOAT - FISO

6.3.1 Vehículos no identificados

Si ocurre un accidente de tránsito y los vehículos responsables no se identifican, los lesionados o beneficiarios del fallecido deben presentar al FISO los documentos especificados en el punto 2.5.1., incluyendo un informe del médico forense que certifique que las lesiones o muerte son consecuencia del accidente. Este informe también es necesario para indemnizaciones por gastos médicos o invalidez total permanente. Una vez verificados los documentos, el FISO pagará las indemnizaciones correspondientes. Si el FISO sospecha de fraude, tomará acciones legales según el Artículo 338 del Código Penal.

6.3.2 Formación del FISO

Para cubrir siniestros en los que el vehículo no sea identificado, se establece el FISO, financiado por aportes obligatorios de las entidades aseguradoras autorizadas por la APS. La organización y administración del FISO están sujetas a acuerdos entre las aseguradoras y supervisión de la APS. La constitución del FISO debe permitir la participación futura de otras aseguradoras, bajo las condiciones del convenio y con autorización de la APS. Además, debe incluir la transmisión periódica de recursos y estar sujeto a una condición suspensiva.

6.3.3 Representación del FISO

El FISO debe tener un representante legal responsable de su gestión y de la representación ante la APS. Debe contar con oficinas en las capitales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, y con representantes en otras capitales de departamento. Además, en las oficinas de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz habrá un representante del gremio del autotransporte público para supervisar los reclamos y tener acceso a los documentos del FISO.

6.3.4 Sostenimiento del FISO

El FISO debe estar siempre financiado, con el apoyo de las entidades aseguradoras que participen. Estas aseguradoras deben usar mecanismos financieros adecuados para mantener la liquidez del FISO en todo momento.

⁴³ Decreto Supremo 27295, Artículo 31.

6.3.5 Supervisión del FISO

La APS supervisa al FISO y exige informes periódicos. Si una aseguradora se retrasa más de 15 días en sus aportes, la APS puede revocar su licencia para operar con el SOAT y transferir su cartera a otras aseguradoras. La APS también intervendrá para proteger los derechos de los beneficiarios del FISO.

6.3.6 Restricciones al FISO

El FISO no puede participar en prácticas monopólicas o coercitivas. Si se descubre que lo hace, la APS suspenderá la licencia de las empresas involucradas y licitará su cartera entre otras compañías del sector.

6.4 Reservas para siniestros

La Resolución administrativa 91, punto primero, establece que las entidades aseguradoras de aeguros generales y seguros de personas remitan a la APS de manera mensual hasta el día 15 de cada mes, en archivo plano de formato ASCII con separador *pipe*, bases de datos de las siguientes cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC):

Tabla 8
Cuentas contables reservas

Ítem	Cuenta PUC	N.º de Cuenta PUC
a.	Reserva de siniestros reclamados por liquidar	205.029.445
b.	Reservas de siniestros por pagar	202.019.455

6.4.1 Reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT

Se establece una reserva mensual para los siniestros ocurridos y no reportados bajo el SOAT, calculada como (un veinticuatroavo) de la definida anteriormente. Esta reserva debe constituirse al final de cada mes durante 12 meses, incluyendo el 31 de diciembre de cada año, y mantenerse durante todo el mes de enero siguiente. En ningún caso la entidad aseguradora podrá reducir esta reserva.⁴⁴

Asiento contable reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT

Tabla 9
Asiento contable reservas de siniestros ocurridos y no reportados

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.10.011.94.55		Ocurridos y no reportados	0000,00	
2.05.011.94.55		Ocurridos y no reportados		0000,00
			0000,00	0000,00

⁴⁴ Resolución administrativa 595, Capítulo VII, Artículo 28.

Asiento contable liberación de reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT

Tabla 10
Asiento contable liberación de reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.05.011.94.55		RTS OCURRIDOS Y NO REPORTADOS	0000,00	
4.10.011.94.55		LIBERACIÓN RTS OCURRIDOS Y NO REPORTADOS		0000,00
			0000,00	0000,00

6.4.2 Reserva para siniestros pendientes SOAT

De conformidad con las coberturas del SOAT, las indemnizaciones pendientes de pago por atención médica, servicios funerarios, transporte de heridos y otras que no sean directamente a las víctimas de accidentes de tránsito o sus derechohabientes, constituyen parte de la reserva para siniestros pendientes.

Queda terminantemente prohibido asimilar tales cuentas pendientes a cargos de administración.⁴⁵

6.4.3 Reservas de siniestros reclamados por liquidar

La constitución de la reserva para siniestros reclamados por liquidar se efectuará cuando la entidad aseguradora reciba el aviso del siniestro o cualquiera de los documentos previstos para el efecto, en el Decreto Supremo reglamentario del SOAT.

En caso de heridos, esta reserva deberá constituirse por una estimación del costo del siniestro, neto de reaseguro, valor del cual quedará constancia del cálculo.

Por cada fallecido se constituyen 2.300 derechos especiales de giro como reserva para siniestros reclamados por liquidar.

Su constitución de ninguna forma podrá condicionarse a la firma o llenado de formulario alguno, cuando éste tenga carácter de declaración jurada.

Los formularios de aviso de siniestro SOAT deberán ser registrados en la SPVS para su uso y deberán contener numeración correlativa preimpresa.

⁴⁵ Resolución administrativa 595, Capítulo VII, Artículo 29.

Asiento contable reservas para siniestros reclamados por liquidar

Tabla 11
Asiento contable liberación de reservas para siniestros reclamados por liquidar

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.10.021.94.55		RECLAMADOS POR LIQUIDAR	0000,00	
2.05.021.94.55		RECLAMADOS POR LIQUIDAR		0000,00
			0000,00	0000,00

Asiento contable liberación de reservas reclamadas por liquidar

Tabla 12
Asiento contable liberación de reservas reclamados por liquidar

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.05.021.94.55		RTS RECLAMADOS POR LIQUIDAR	0000,00	
4.10.021.94.55		LIBERACIÓN RTS RECLAMADOS POR LIQUIDAR		0000,00
			0000,00	0000,00

6.4.4 Reserva para siniestro por pagar (SOAT)

La constitución de la reserva para siniestro por pagar se efectuará por el valor de la indemnización en la fecha de recepción del último documento previsto en el decreto supremo reglamentario del SOAT. Su pago deberá realizarse dentro de los 15 días hábiles siguientes a partir de dicha fecha.⁴⁶

6.4.5 Asiento contable reserva para siniestro por pagar (SOAT)

Tabla 13
Asiento contable reserva para siniestro por pagar (SOAT)

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.02.011.94.55		SINIESTROS POR PAGAR		0000,00
5.11.011.94.55		SINIESTROS LIQUIDADOS Y PAGADOS	0000,00	
			0000,00	0000,00

6.4.6 Reserva especial o extraordinaria SOAT

Como indica el Artículo 30 de la Ley N.º 1883, la APS podrá establecer mediante Resolución administrativa expresa, la constitución de reservas especiales o extraordinarias, cuando las condiciones, coberturas o especificaciones técnicas del SOAT así lo requieran.

⁴⁶ Resolución administrativa 595, Capítulo VII, Artículo 31.

Reportes 07

7.1 Control de siniestros

7.2 Reporte de fallecidos por accidente de tránsito

7.3 Detalle de primas netas y comerciales SOAT

7.4 Reporte diario SOAT

7.5 Informe mensual

7.1 Control de siniestros

Se implementa de manera obligatoria el formulario de control de siniestros, que deberá completarse para cada persona afectada en un accidente. Este formulario incluirá la fecha del aviso de siniestro, la documentación recibida, y la fecha de recepción de dicha documentación. En casos donde haya múltiples heridos o fallecidos, el aviso de siniestro deberá registrarse bajo la misma fecha correspondiente al accidente.

Tabla 14
Formulario de control de siniestro SOAT anverso

FORMULARIO DE CONTROL DE SINIESTRO SOAT

N.º DE CERTIFICADO: _____ N.º DE SINIESTRO: _____

FECHA AVISO DE SINIESTRO: _____ N.º DE ROSETA: _____

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL HERIDO O FALLECIDO: _____

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:	FECHA DE PRESENTACIÓN
	Día Mes Año
En caso de muerte:	
Documento de identificación del fallecido:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Certificado del accidente emitido por el O.O.T.:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Certificado del médico forense:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Declaratoria de herederos:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
En caso de herido:	
Documento de identificación al accidentado:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Certificado del accidente emitido por el O.O.T.:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Certificado médico:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Declaratoria de invalidez total y permanente (si corresponde):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Facturas o recibos:	(LLENAR AL REVERSO)

Firma del responsable de la Compañía

Sello de la Compañía

OBSERVACIONES: _____

Tabla 15
Formulario de control de siniestro SOAT reverso

DETALLE DE FACTURAS RECEPCIONADAS:			FECHA DE RECEPCIÓN:			
1.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
2.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
3.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
4.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
5.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
6.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
7.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
8.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
9.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
10.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
11.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
12.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
13.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
14.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
15.	<input type="text"/> N.º DE FACTURA	Bs.- <input type="text"/> MONTO	<input type="text"/> SIGLA EMISOR	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO

OBSERVACIONES: _____

7.2 Reporte de fallecidos por accidente de tránsito

Asimismo, es necesario implementar el formulario de reporte de fallecidos por accidentes de tránsito. Este documento contendrá los datos de las personas fallecidas como consecuencia del accidente de tránsito. La entidad pública de seguros habilitada para la administración y comercialización del SOAT deberá remitir dicho formulario de forma mensual a la APS, hasta el día 15 del mes siguiente al reporte de la información, trasladándose al día siguiente hábil en caso de tratarse de día inhábil.

Tabla 16
Reporte de fallecidos por accidente de tránsito

Reporte de fallecidos por accidente de tránsito								
Fallecimientos producidos en el mes de _____ de 20__								
N°	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	N.º Cédula de Identidad	Expedido en	N.º Licencia de conducir (*)	Fecha de fallecimiento	Accidentado
1							xx/xx/xx	Conductor
2							xx/xx/xx	Ocupante
3							xx/xx/xx	Peatón
4								
n...								

7.3 Detalle de primas netas y comerciales SOAT

El detalle de primas netas y comerciales en bolivianos, que ofrece un desglose de primas netas y primas comerciales tanto para vehículos particulares como vehículos públicos y tipo de vehículos.

Tabla 17
Detalle de primas netas y comerciales SOAT

Detalle de primas netas y comerciales SOAT
Gestión 20__
(Expresado en bolivianos)

DPTO	TIPO DE VEHÍCULO	PRIMA NETA		PRIMA COMERCIAL	
		USO PARTICULAR	USO PÚBLICO	USO PARTICULAR	USO PÚBLICO
LA PAZ	Motocicleta				
	Automóvil				
	Camioneta				
	Vagoneta				
	Minibús (8 pasajeros)				
	Minibús (11 pasajeros)				
	Minibús (15 pasajeros)				
	Microbús				
	Colectivo				
	Ómnibus / flota				
	Camión (3 pasajeros)				
	Camión (18 pasajeros)				
	Camión (25 pasajeros)				
	Tractocamión				
SANTA CRUZ	Motocicleta				
	Automóvil				
	Camioneta				
	Vagoneta				
	Minibús (8 pasajeros)				
	Minibús (11 pasajeros)				
	Minibús (15 pasajeros)				
	Microbús				
	Colectivo				
	Ómnibus / flota				
	Camión (3 pasajeros)				
	Camión (18 pasajeros)				
	Camión (25 pasajeros)				
	Tractocamión				
COCHABAMBA	Motocicleta				
	Automóvil				
	Camioneta				
	Vagoneta				
	Minibús (8 pasajeros)				
	Minibús (11 pasajeros)				
	Minibús (15 pasajeros)				
	Microbús				
	Colectivo				
	Ómnibus / flota				
	Camión (3 pasajeros)				
	Camión (18 pasajeros)				
	Camión (25 pasajeros)				
	Tractocamión				

DPTO	TIPO DE VEHÍCULO	PRIMA NETA		PRIMA COMERCIAL	
		USO PARTICULAR	USO PÚBLICO	USO PARTICULAR	USO PÚBLICO
SUCRE	Motocicleta				
	Automóvil				
	Camioneta				
	Vagoneta				
	Minibús (8 pasajeros)				
	Minibús (11 pasajeros)				
	Minibús (15 pasajeros)				
	Microbús				
	Colectivo				
	Ómnibus / flota				
	Camión (3 pasajeros)				
	Camión (18 pasajeros)				
	Camión (25 pasajeros)				
	Tractocamión				
ORURO	Motocicleta				
	Automóvil				
	Camioneta				
	Vagoneta				
	Minibús (8 pasajeros)				
	Minibús (11 pasajeros)				
	Minibús (15 pasajeros)				
	Microbús				
	Colectivo				
	Ómnibus / flota				
	Camión (3 pasajeros)				
	Camión (18 pasajeros)				
	Camión (25 pasajeros)				
	Tractocamión				
POTOSÍ	Motocicleta				
	Automóvil				
	Camioneta				
	Vagoneta				
	Minibús (8 pasajeros)				
	Minibús (11 pasajeros)				
	Minibús (15 pasajeros)				
	Microbús				
	Colectivo				
	Ómnibus / flota				
	Camión (3 pasajeros)				
	Camión (18 pasajeros)				
	Camión (25 pasajeros)				
	Tractocamión				

DPTO	TIPO DE VEHÍCULO	PRIMA NETA		PRIMA COMERCIAL	
		USO PARTICULAR	USO PÚBLICO	USO PARTICULAR	USO PÚBLICO
TARIJA	Motocicleta				
	Automóvil				
	Camioneta				
	Vagoneta				
	Minibús (8 pasajeros)				
	Minibús (11 pasajeros)				
	Minibús (15 pasajeros)				
	Microbús				
	Colectivo				
	Ómnibus / flota				
	Camión (3 pasajeros)				
	Camión (18 pasajeros)				
	Camión (25 pasajeros)				
	Tractocamión				
BENI	Motocicleta				
	Automóvil				
	Camioneta				
	Vagoneta				
	Minibús (8 pasajeros)				
	Minibús (11 pasajeros)				
	Minibús (15 pasajeros)				
	Microbús				
	Colectivo				
	Ómnibus / flota				
	Camión (3 pasajeros)				
	Camión (18 pasajeros)				
	Camión (25 pasajeros)				
	Tractocamión				
PANDO	Motocicleta				
	Automóvil				
	Camioneta				
	Vagoneta				
	Minibús (8 pasajeros)				
	Minibús (11 pasajeros)				
	Minibús (15 pasajeros)				
	Microbús				
	Colectivo				
	Ómnibus / flota				
	Camión (3 pasajeros)				
	Camión (18 pasajeros)				
	Camión (25 pasajeros)				
	Tractocamión				

Firma Principal Ejecutivo

Nombre:

CI:

Sello de la Compañía

7.4 Reporte diario SOAT

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) habilita a UNIVIDA S. A. para la administración y comercialización del SOAT.

En este sentido, mediante la Resolución administrativa mencionada, la APS solicita que se pueda realizar reportes diarios, enviándolos hasta las 10:00 am del día siguiente a las siguientes direcciones:

2. Sitio web:

https://univida1my.sharepoint.com/:f:g/personal/seguridaddelainformacion_univida_bo/EiBdSsix-21FrlluOtGoG5MBInCtGs1P8at209sw88IIA?e=5%3adv7wob&at=9

Tabla 18
Reporte diario SOAT

SOAT GESTION 20...						
DEPARTAMENTO	CANTIDAD DE SOAT COMERCIALIZADOS EL DÍA.....	SOAT COMERCIALIZADOS HASTA EL DÍA.....				
	VENTAS TOTALES ⁽¹⁾	VENTAS CONCILIADAS	VENTAS FALANTES POR CONCILIAR	VENTAS TOTALES	PRIMAS (EN BS.)	NÚMERO DE SINIESTROS REPORTADOS ⁽²⁾
LA PAZ						
COCHABAMBA						
SANTA CRUZ						
ORURO						
POTOSÍ						
CHUQUISACA						
TARIJA						
BENI						
PANDO						
TOTAL NACIONAL						

(1) Información preliminar

(2) Información preliminar

7.5 Informe mensual

Dentro de estos informes mensuales podemos detallar los siguiente:

Tabla 19
Base de siniestros liquidados y pagado

BASE DE SINIESTROS LIQUIDADOS Y PAGADO A SER PRESENTADO A LA APS

(Expresado en bolivianos)

INFORMACIÓN DEL MES DE: _____

AÑO: _____

ITEM	SUCURSAL (1)	NOMBRE TOMADOR	NOMBRE SEGURO	NOMBRE ACCIDENTADO	NOMBRE BENEFICIARIO	HERIDO/ MUERTO (2)	NOMBRE DEL INTERMEDIARIO	N° DE CERTIFICADO (3)	N° DE SINIESTRO (3)	N° DE POLIZA (3)	INICIO VIGENCIA POLIZA (dd/mm/aaaa)	FIN VIGENCIA POLIZA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE SINIESTRO (dd/mm/aaaa)	VALOR ASEGURADO (4)	MONTO DE RESERVA COMPAÑIA Bs. (5)	(B) MONTO RESERVA REASEGURO Bs.
1																
2																
3																
4																
5																
6																
...																

1. La Paz - Cochabamba - Santa Cruz - Oruro - Potosí - Sucre - Tarija - Beni - Pando.

2. Corresponde todos los ramos de seguros, según nomenclatura del Plan Único de Cuentas.

3. Numeración Interna de la Entidad Aseguradora.

4. Corresponde al máximo Valor Asegurado de la Póliza de Seguro (Empleo Automotores: valor Asegurado de pérdida Total,

Ejemplo accidentes personales: Valor Asegurado, cobertura fallecimiento, Ejemplo Fianzas: Valor Caucionado).

5. Las cifras deben reflejar sus estados financieros.

6. Nota: En el reporte de montos, no se debe usar separadores de miles y el separador de decimal debe ser punto (.)

Tabla 20
Base de siniestros por pagar SOAT por accidentado

BASE DE SINIESTROS POR PAGAR SOAT POR ACCIDENTADO A SER PRESENTADO A LA APS

(Expresado en bolivianos)

INFORMACIÓN DEL MES DE: _____ AÑO: _____

ITEM	SUCURSAL (1)	NOMBRE TOMADOR	NOMBRE SEGURO	NOMBRE ACCIDENTADO	NOMBRE BENEFICIARIO	HERIDO/ MUERTO (2)	NOMBRE DEL TERMIARIO	N° DE CERTIFICADO (3)	N° DE SINIESTRO (3)	N° DE POLIZA (3)	N° DE ORDEN DE PAGO	FECHA DE ORDEN DE PAGO (dd/mm/aaaa)	INICIO VIGENCIA PÓLIZA (dd/mm/aaaa)	FIN VIGENCIA POLIZA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE SINIESTRO (dd/mm/aaaa)	VALOR ASEGURADO (4)	VALOR ESTIMADO DEL SINIESTRO BS	MONTO DE RESERVA COMPAÑIA Bs. (5)
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
...																		

1. La Paz – Cochabamba – Santa Cruz – Oruro – Potosí – Sucre – Tarija - Beni – Pando.
2. Corresponde todos los ramos de seguros, según nomenclatura del plan único de cuentas.
3. Numeración Interna de la Entidad Aseguradora.
4. Corresponde al máximo Valor Asegurado de la Póliza de Seguro (Empleo Automotores: valor Asegurado de pérdida Total, Ejemplo accidentes personales: Valor Asegurado, cobertura fallecimiento, Ejemplo Fianzas: Valor Caucionado).
5. Las cifras deben reflejar sus estados financieros.
6. Nota: En el reporte de montos, no se debe usar separadores de miles y el separador de decimal debe ser punto (.)

Aplicación 08

8.1 Descomponiendo la prima para el caso motocicleta de uso particular

8.2 Componiendo la prima para el caso motocicleta de uso particular

8.3 Asiento contable de la compra el 1/1/2024

8.4 Reservas de riesgo en curso para motocicleta particular

8.5 Reservas para siniestros

Considerando la tabla de precios ya establecidos de por la entidad aseguradora UNIVIDA S.A. y además de ya contar con las fórmulas para el cálculo de las primas, podemos ampliar la información con la que se cuenta.

Automóvil	Motocicleta	Tipo de Motorizado	Particular					Público																													
			La Paz					Cochabamba			Santa Cruz			Tarija - Sucre - Potosí - Oruro - Beni - Pando																							
			Prima Comercial	Impuesto	Prima Tarifa	Prima Adicional	Prima de Riesgo	Prima Comercial	Impuesto	Prima Tarifa	Prima Adicional	Prima de Riesgo	Prima Comercial	Impuesto	Prima Tarifa	Prima Adicional	Prima de Riesgo	Prima Comercial	Impuesto	Prima Tarifa	Prima Adicional	Prima de Riesgo															
90	200	Prima Comercial	14,4	32	168	25,13	142,87	120	155	19,2	24,8	100,8	130,2	15,08	19,48	85,72	110,72	120	155	19,2	24,8	100,8	130,2	15,08	19,48	85,72	110,72	120	155	19,2	24,8	100,8	130,2	15,08	19,48	85,72	110,72

Minibus_15P	Minibus_11P	Minibus_8P	Tracto Camión	Ómnibus/flota	Colectivo	Microbús	Vagoneta	Camioneta	Jeep
330	200	140	290	2630	595	460	90	140	110
52,8	32	22,4	46,4	420,8	95,2	73,6	14,4	22,4	17,6
277,2	168	117,6	243,6	2209,2	499,8	386,4	75,6	117,6	92,4
41,47	25,13	17,59	36,44	330,50	74,77	57,81	11,31	17,59	13,82
235,73	142,87	100,01	207,16	1.878,70	425,03	328,59	64,29	100,01	78,58
245	190	125	185	3700	335	315	125	190	75
39,2	30,4	20	29,6	592	53,6	50,4	20	30,4	12
205,8	159,6	105	155,4	3108	281,4	264,6	105	159,6	63
30,79	23,88	15,71	23,25	464,96	42,10	39,58	15,71	23,88	9,42
175,01	135,72	89,29	132,15	2.643,04	239,30	225,02	89,29	135,72	53,58
245	190	125	185	3700	445	360	125	190	75
39,2	30,4	20	29,6	592	53,6	50,4	20	30,4	12
205,8	159,6	105	155,4	3108	281,4	264,6	105	159,6	63
30,79	23,88	15,71	23,25	464,96	42,10	39,58	15,71	23,88	9,42
175,01	135,72	89,29	132,15	2.643,04	239,30	225,02	89,29	135,72	53,58
245	190	125	185	3700	445	360	125	190	75
39,2	30,4	20	29,6	592	71,2	57,6	20	30,4	12
205,8	159,6	105	155,4	3108	373,8	302,4	105	159,6	63
30,79	23,88	15,71	23,25	464,96	55,92	45,24	15,71	23,88	9,42
175,01	135,72	89,29	132,15	2.643,04	317,88	257,16	89,29	135,72	53,58
245	190	125	185	3700	445	315	125	190	75
39,2	30,4	20	29,6	592	71,2	50,4	20	30,4	12
205,8	159,6	105	155,4	3108	373,8	264,6	105	159,6	63
30,79	23,88	15,71	23,25	464,96	55,92	39,58	15,71	23,88	9,42
175,01	135,72	89,29	132,15	2.643,04	317,88	225,02	89,29	135,72	53,58

Camion_25P	Camion_18P	Camion_3P
1310	1020	330
209,6	163,2	52,8
1100,4	856,8	277,2
164,62	128,18	41,47
935,78	728,62	235,73
1260	975	195
201,6	156	31,2
1058,4	819	163,8
158,34	122,52	24,50
900,06	696,48	139,30
1260	975	195
201,6	156	31,2
1058,4	819	163,8
158,34	122,52	24,50
900,06	696,48	139,30
1260	975	195
201,6	156	31,2
1058,4	819	163,8
158,34	122,52	24,50
900,06	696,48	139,30
1260	975	195
201,6	156	31,2
1058,4	819	163,8
158,34	122,52	24,50
900,06	696,48	139,30

Para poner en práctica las fórmulas primero debemos descomponer la prima, eso quiere decir que se debe realizar un despeje de fórmulas e identificar los valores necesarios.

8.1 Descomponiendo la prima para el caso motocicleta de uso particular

8.1.1 Determinación del impuesto

Considere que la alícuota del impuesto se conforma con la sumatoria del impuesto al valor agregado y el impuesto a las transacciones:

Impuesto al Valor Agregado	13%
Impuesto a las Transacciones	3%
Total	16%
Prima total	200
Impuesto	32

8.1.2 Prima tarifa

$$PRIMA\ TOTAL = PRIMA\ TARIFA + IMPUESTOS$$

Fórmula inicial prima total

$$PRIMA\ TARIFA = PRIMA\ TOTAL - IMPUESTO$$

Despeje de fórmula

$$PRIMA\ TARIFA = 200,00 - 32$$

Cálculo de la prima tarifa

$$PRIMA\ TARIFA = 168,00$$

Valor de la prima tarifa

8.1.3 Prima técnica

Para determinar la prima técnica, es necesario considerar los costos adicionales correspondientes a la tasa de regulación y al fondo de protección al asegurado.

Sin embargo, debido a que no se dispone de información específica sobre la asignación de los demás costos adicionales mencionados en el apartado de la estructura de la prima, se realizará la siguiente interpretación:

$$CA = Com + CP + GA + U.$$

Esta formulación se plantea para el caso del SOAT, con el fin de evitar posibles malentendidos respecto a la composición de este seguro obligatorio, considerando el valor de CA como un ejemplo.

Costos adicionales (CA)	13,71%	0,1371
Tasa de regulación (TREG)	1%	0,01
Fondo de Protección al Asegurado (FPA)	0,25%	0,0025

Se dispone de la fórmula de la prima tarifa; aplicando un despeje algebraico, se obtiene la expresión correspondiente a la prima técnica.

$$PT = \frac{PTec}{1 - (CA + TREG + FPA)}$$

Fórmula de la prima tarifa

$$PTec = PT * (1 - TREG - FPA - CA)$$

Despeje de fórmula

$$PTec = 168 * (1 - 0,01 - 0,0025 - 0,1371)$$

Cálculo de la prima técnica

$$PTec = 142,87$$

Valor de la prima técnica

Considerando que los precios del SOAT están previamente definidos y que para estimar el riesgo por coberturas se requiere un nivel de detalle adicional, el presente ejemplo se desarrollará únicamente hasta la determinación de la prima técnica.

8.1.4 Prima adicional

$$**PRIMA TARIFA = PRIMA TÉCNICA + PRIMA ADICIONAL**$$

Fórmula prima tarifa

$$**PRIMA ADICIONAL = PRIMA TARIFA - PRIMA TÉCNICA**$$

Despeje de fórmula

$$**PA = 168,0 - 142,87**$$

Cálculo de la prima adicional

$$**PA = 25,13**$$

Valor de la prima adicional

8.2 Componiendo la prima para el caso motocicleta de uso particular

8.2.1 Prima tarifa

$$**PT = \frac{PTec}{1 - (GA + TREG + FPA)}**$$

Fórmula de la prima tarifa

$$**PT = \frac{142,87}{1 - (0,1371 + 0,01 + 0,0025)}**$$

Reemplazando valores

$$**PT = 168,00**$$

Valor de la prima tarifa

8.2.2 Prima total

$$**PTT = PT * \frac{(0,16)}{1 - 0,16}**$$

Fórmula de la prima total

$$**PTT = 168,00 * \frac{(0,16)}{1 - 0,16}**$$

Reemplazando valores

$$**PTT = 200**$$

Valor de la prima total

8.2.3 Prima adicional

En este acápite se muestra el procedimiento para determinar el monto económico que corresponde a cada tasa adicional.

	Porcentaje establecido		Prima tarifa	=	Prima de riesgo individual
TREG (A)	1%	*	168,00	=	1,68
FPA (B)	0,25%	*	168,00	=	0,42
CA (C)	15,90%	*	168,00	=	23,03
PRIMA ADICIONAL (A)+ (B)+ (C)					25.13

8.3 Asiento contable la compra el 1/1/2024

El asiento corresponde a la producción nueva, primera venta o un vehículo que nunca tuvo SOAT.

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.94.55	1.02.011.94.55	PRIMA POR COBRAR	200	
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE		26
4.01.011.94.55	4.01.011.94.55.01	PRIMA TÉCNICA		142,87
4.01.041.94.55	4.01.041.94.55.01	PRIMAS ADICIONALES		31,13
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.55	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	46000	
7.01.011.01.94	7.01.011.01.94.55	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		46000
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	0,42	
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	1,68	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	APORTE MENSUAL APS		0,42
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		1,68
5.08.011.94.55	5.08.011.94.55.01	CONSTITUCIÓN RRC SOAT M.N.		200
2.04.011.94.55	2.04.011.94.55.01	SALDO RRC SOAT M.N.	200	
			46202,1	46202,1

8.3.1 Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada)

Este asiento se utiliza para la aplicación tributaria y aplica a nuevas ventas.

CUENTA APS	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	26	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		26
5.21.041.01.01	5.21.041.01.01	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	6	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		6
			32	32

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.94.56	2.04.011.94.55.01	SALDO RRC SOAT M.N.	11,91	
4.08.011.94.56	4.08.011.94.55.01	LIBERACIÓN RRC SOAT M.N.		11,91
			11,91	11,91

8.3.2 Capitales asegurados a fin de vigencia

Para este caso al cumplir la vigencia de la póliza, es decir el 31/12/2024.

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.94	7.01.011.01.94.55	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		46.000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.55	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	46.000,00	
			46.000,00	46.000,00

8.4 Reservas de riesgo en curso para motocicleta particular

Determinamos los datos iniciales

Variables		
$RRCS_T^A$:	130,96
A	:	2023
$PNRS_T^A$:	142,87
F	:	11/12

Aplicando la fórmula

$$RRCS_T^A = PNRS_T^A * F$$

Fórmula de la prima total

$$RRCS_T^A = 142,87 * 11/12$$

Despeje y reemplazo de valores

$$RRCS = 130,96$$

Valor de la prima riesgo

8.5 Reservas para siniestros

8.5.1 Reservas para siniestros ocurridos y no reportados

La constitución de esta reserva deberá efectuarse cada fin de mes por 12 meses incluido el 31 de diciembre de cada año y su permanencia durante todo el mes de enero.

Se establece como reserva para siniestros ocurridos y no reportados SOAT la constitución mensual de $1/24$ (un veinticuatroavo) de la $PNRS \frac{A}{T}$

DATOS	
$PNRS \frac{A}{T}$	5.400
$F=$	$1/24$

$$RRCS \frac{A}{T} = 5.400 * \frac{1}{24}$$

$$RRCS = 225,00$$

8.5.2 Reservas para siniestros pendientes

Se utiliza el ejemplo de un siniestro en el cual ya se presentó todas las facturas y recibos del centro médico, el costo del traslado y costos funerarios es de Bs 1.500.

En este caso la RSP = 1.500.

8.5.3 Reservas de siniestros reclamados por liquidar

Se presenta el caso de distintos siniestros en los cuales se dio el aviso de siniestro por lo que se tiene un valor aproximado de Bs. 4.850.

En este caso la RSRL = Bs. 4.850.

8.5.4 Reservas de siniestros por pagar

Se presenta el caso de un siniestro en el cual ya se llevó a cabo la presentación previa de los documentos para que este sea válida dado el cual tiene un monto de Bs. 6.200.

En este caso la RSXP= Bs. 6200.

8.5.5 Asiento contable reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.10.011.94.55		Ocurridos y no reportados	225	
2.05.011.94.55		Ocurridos y no reportados		225
			225	225

8.5.6 Asiento contable liberación de reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOAT

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.05.011.94.55		RTS OCURRIDOS Y NO REPORTADOS	225	
4.10.011.94.55		LIBERACIÓN RTS OCURRIDOS Y NO REPORTADOS		225
			225	225

8.5.7 Asiento contable reservas para siniestros reclamados por liquidar

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.10.021.94.55		RECLAMADOS POR LIQUIDAR	4.850	
2.05.021.94.55		RECLAMADOS POR LIQUIDAR		4.850
			4.850	4.850

8.5.8 Asiento contable liberación de reservas reclamados por liquidar

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.05.021.94.55		RTS RECLAMADOS POR LIQUIDAR	4.850	
4.10.021.94.55		LIBERACIÓN RTS RECLAMADOS POR LIQUIDAR		4.850
			4.850	4.850

8.5.9 Asiento contable reserva para siniestro por pagar (SOAT)

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.02.011.94.55		SINIESTROS POR PAGAR		2.350
5.11.011.94.55		SINIESTROS LIQUIDADOS Y PAGADOS	2.350	
			2.350	2.350

Base legal o normativa 09

Ley N.º 10429 Código Penal Boliviano de 23 de agosto de 1972

Norma legal que regula los delitos y las penas aplicables en Bolivia. Este cuerpo jurídico establece las conductas consideradas ilícitas, clasificándolas como delitos o faltas, y define las sanciones correspondientes, ya sean penas privativas de libertad, multas u otras medidas. Su objetivo principal es garantizar la justicia penal, proteger los derechos de las personas y mantener el orden social bajo los principios de legalidad, proporcionalidad y humanidad en la aplicación de las penas.

Ley N.º 14379 Código de Comercio de 25 de febrero de 1977

Este documento normativo materializa el deseo de dotar al país de una nueva estructura legal que, además de fomentar y desarrollar la actividad comercial en general, en concordancia con las tendencias modernas que influyen en esta área, contribuirá de manera positiva a los planes y programas del Gobierno Nacional para promover activamente el fortalecimiento económico del país y las oportunidades que ofrece el proceso de integración.

Ley N.º 1883 de Seguros de Bolivia de 25 de junio de 1998

La presente ley y sus reglamentos tienen por objetivo regular la actividad aseguradora, reaseguradora, de intermediarios, auxiliares y entidades de prepago para que cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia, garantizando un mercado competitivo.

Asimismo, determina los derechos y deberes de las entidades aseguradoras y establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

Resolución administrativa APS N.º 31/1998 - Reglamento de reservas para riesgo en curso del 30 de diciembre de 1998

Las entidades aseguradoras que operen en seguros generales, fianzas y personas a corto plazo, constituirán la reserva para riesgo en curso correspondiente a la parte no devengada de las primas netas de reaseguro, de forma mensual de acuerdo con los lineamientos establecidos en el presente reglamento.

Resolución administrativa APS N.º 70/1999 - Reglamento de registro de pólizas anexos y/o cláusulas adicionales de 23 de abril de 1999

Las pólizas, anexos o cláusulas adicionales, objeto de comercialización de las entidades aseguradoras deberán ser presentadas a la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros para su registro de manera previa a su comercialización.

Decreto Supremo N.º 27295 del 17 de diciembre de 2002

Reglamentación de la Ley N.º 1883 de seguro como Reglamento Único del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Resolución administrativa IS N.º 595 del 19 de octubre de 2004

Aprueba la siguiente regulación operativa del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) en sus 33 artículo y 2 anexos que forman parte inseparable de la presente resolución.

Resolución administrativa IS N.º 813 del 30 de septiembre de 2005

Disponer la aplicación de la regulación operativa del SOAT aprobada mediante Resolución administrativa N.º 595 de fecha 19 de octubre de 2004 a la gestión SOAT 2006.

Resolución administrativa APS N.º 410/2011 - Dispone la emisión del texto ordenado del Reglamento Único del Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito SOAT, del 8 de noviembre de 2011

Elaborar el texto ordenado del SOAT aprobado mediante Decreto Supremo N.º 27295 de fecha 23 de diciembre de 2003, modificado por los decretos supremos 27900, 29084, 29374 y 29808.

Resolución administrativa APS N.º 91/2015 - Se dispone la remisión de bases de datos de reservas técnicas y siniestros pagados del 30 de enero de 2015

Se dispone a las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas remitan a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), de manera mensual hasta el 15 de cada mes las bases de datos de las cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) referentes a reservas técnicas y siniestros.

Decreto Supremo N.º 2920 del 28 de septiembre de 2016

Tiene por objeto efectuar reformas al Reglamento Único del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

Resolución administrativa IS N.º 1596 del 22 de diciembre de 2017

Enmienda el régimen de habilitación para la administración y comercialización del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT para la gestión 2018.

Resolución administrativa N.º 1154 del 22 de octubre de 2021

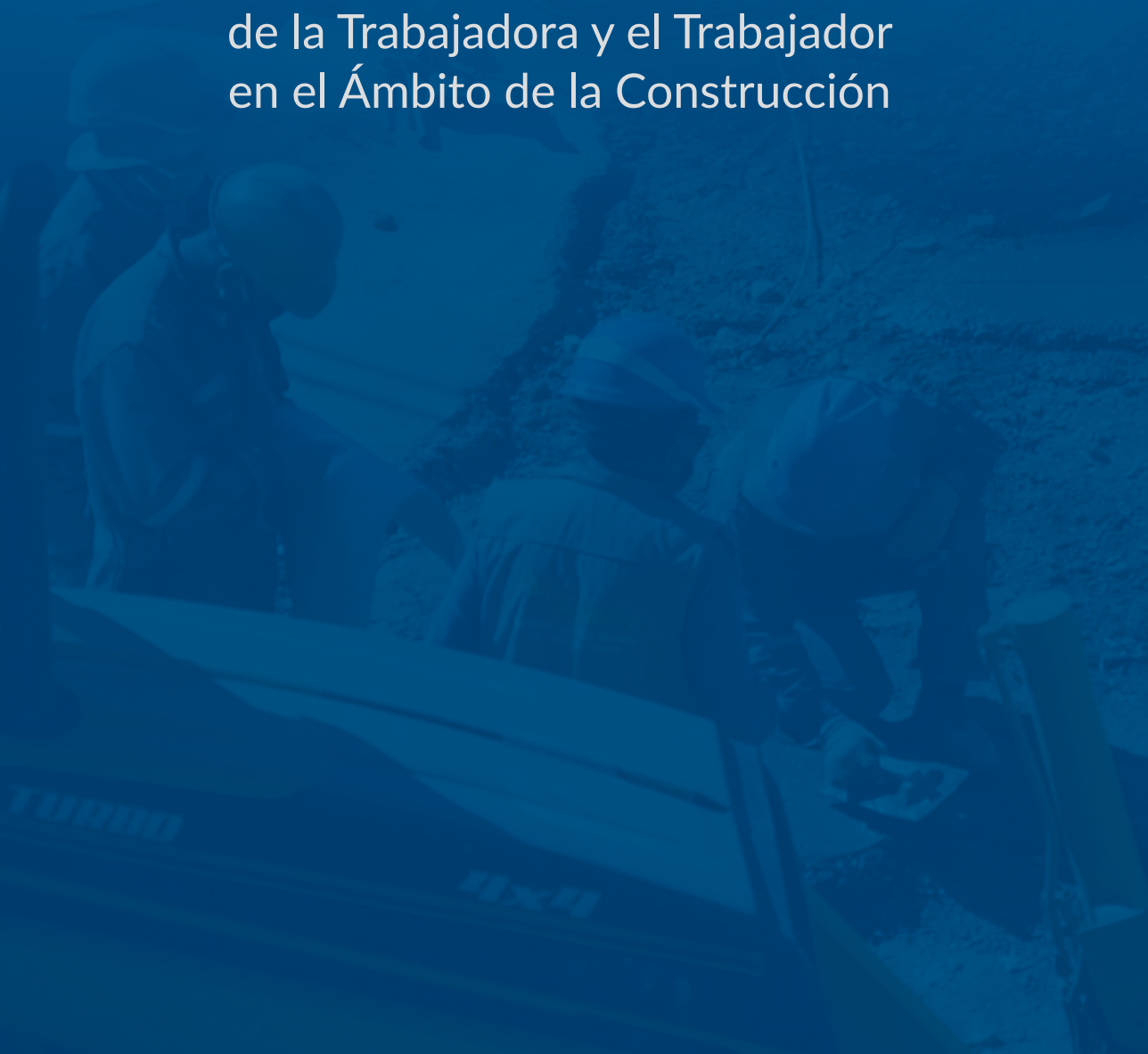
Aprueba régimen de habilitación para la administración y comercialización del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) para la gestión 2022.

Resolución administrativa N.º 1385 del 23 de octubre de 2023

Aprueba régimen de habilitación para la administración y comercialización del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) para la gestión 2024.

SOATC

Seguro Obligatorio de Accidentes
de la Trabajadora y el Trabajador
en el Ámbito de la Construcción



Índice

1.	Introducción	403
1.1	Antecedentes	403
1.2	Objetivo.....	404
1.3	Alcance	404
1.4	Glosario de términos	405
2.	Gestión integral de productos	407
2.1	Elaboración de la nota técnica	407
2.2	Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios	408
2.3	Proceso de habilitación de la entidad pública de seguros.....	408
2.3.1	Convocatoria de la APS.....	408
2.3.2	Plazo para la presentación de solicitudes	409
2.3.3	Requisitos y documentación necesaria	409
2.3.4	Evaluación y pronunciamiento de la APS	410
2.3.5	Comercialización del SOATC.....	410
2.3.6	Publicidad y promoción	411
2.3.7	Causales para una nueva convocatoria anticipada.....	411
3.	Cotización	413
3.1	Coberturas.....	413
3.1.1	Gastos médicos.....	413
3.1.2	Incapacidad total permanente	414
3.1.3	Muerte	414
3.1.4	Riesgos excluidos.....	414
3.2	Estructura de la prima	414
3.2.1	Tasa de riesgo	415
3.2.2	Prima de riesgo.....	417
3.2.3	La prima de riesgo	419
3.2.4	Prima técnica	419
3.2.5	Prima tarifa.....	420
3.2.6	Costos asociados a prima adicional	420
3.2.7	Impuestos	422
3.2.8	Prima total.....	423
3.3	Documento <i>slip</i> de cotización	423

4.	Suscripción y emisión	425
4.1	Evaluación del riesgo.....	425
4.2	Póliza del seguro.....	425
4.2.1	Portada.....	426
4.2.2	Condicionado general	426
4.2.3	Condicionado particular	426
4.2.4	SOATC.....	426
4.2.5	Coberturas y capital asegurado	427
4.2.6	Riesgos excluidos.....	427
4.2.7	Vigencia	427
4.2.8	Obligatoriedad.....	428
4.2.9	Personas obligadas a contratar el seguro	428
4.3	Estructura única de la póliza de seguro SOATC	428
4.4	Certificado de cobertura.....	437
4.5	Obligaciones de la entidad pública de seguros	442
4.5.1	Venta y documentación.....	442
4.5.2	Comunicación con el asegurado	442
4.5.3	Atención al cliente.....	443
4.5.4	Actualización y reporte.....	443
4.5.5	Educación y publicidad.....	443
4.5.6	Cumplimiento legal.....	444
5.	Gestión financiera.....	445
5.1	Cobranza.....	445
5.1.1	Cobro al momento de la contratación.....	445
5.1.2	Puntos de venta autorizados.....	445
5.1.3	Emisión de certificados.....	445
5.1.4	Monitoreo y control de vigencia.....	446
5.1.5	Renovación y ampliación de cobertura	446
5.1.6	Sanciones por incumplimiento.....	446
5.2	Contabilidad	446
5.2.1	Producción nueva	446
5.2.2	Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada).....	447
5.2.2	Reservas de riesgo en curso.....	447
5.2.4	Capitales asegurados a fin de vigencia	447
5.3	Reservas de riesgo en curso	448
5.4	Inversiones.....	448
6.	Siniestros.....	449
6.1	Atención de siniestros.....	449
6.1.1	Comunicación del siniestro.....	449
6.1.2	Numeración correlativa	450
6.1.3	Formulario de denuncia de siniestro	450
6.1.4	Control de siniestros	450
6.1.5	Recepción de documentación.....	451
6.1.6	Evaluación y auditoría médica.....	452
6.1.7	Coberturas y documentación necesaria	452

6.1.8	Determinación de incapacidad total permanente	453
6.1.9	Rechazo del siniestro	455
6.2	Indemnización	455
6.2.1	Documentos necesarios para pago de indemnización	455
6.2.2	Plazo para indemnización.....	456
6.2.3	Formas de indemnizar.....	456
6.3	Reservas técnicas para siniestros.....	456
6.3.1	Reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOATC	457
6.3.2	Reservas de siniestros reclamados por liquidar	457
6.3.3	Reserva para siniestro por pagar (SOATC).....	458
6.3.4	Consideraciones	459
7.	Reportes.....	461
7.1	Reportes mensuales.....	461
7.2	Reporte de información técnica	461
7.2.1	Reporte de información estadística SOATC.....	462
7.3	Reporte de siniestralidad	465
7.3.1	Reporte de fallecidos	465
7.3.2	Reporte de siniestros	466
8.	Aplicación	469
8.1	Determinación de la tasa de riesgo	469
8.1.1	Determinación de valores	470
8.2	Descomponiendo la prima para el caso del SOATC	471
8.2.1	Determinación del impuesto	471
8.2.2	Prima tarifa.....	471
8.2.3	Prima técnica	471
8.2.4	Prima adicional	472
8.3	Componiendo la prima para el caso del SOATC.....	472
8.3.1	Prima tarifa.....	472
8.3.2	Prima total	473
8.3.3	Prima adicional	473
8.4	Reserva de riesgo en curso cobertura anual	473
8.5	Reserva de riesgo en curso con cobertura mensual e inferior a un mes	474
8.6	Contabilidad	474
9.	Base legal o normativa	477
10.	Anexos y/o documentos asociados	479
	Bibliografía general.....	483

Tablas

Tabla 1	Capitales asegurados.....	413
Tabla 2	Variables capital asegurado.....	417
Tabla 3	Tasas adicionales.....	421

Tabla 4	Coberturas y capital asegurado.....	427
Tabla 5	Asiento contable producción nueva.....	446
Tabla 6	Asiento contable aplicación tributaria.....	447
Tabla 7	Asiento contable reserva riesgo en curso.....	447
Tabla 8	Asiento contable capitales asegurador.....	448
Tabla 9	Asiento contable reservas de siniestros ocurridos y no reportados.....	457
Tabla 10	Asiento contable liberación reservas de siniestros ocurridos y no reportados.....	457
Tabla 11	Asiento contable reservas de siniestros reclamados por liquidar.....	458
Tabla 12	Asiento contable liberación reservas de siniestros reclamados por liquidar....	458
Tabla 13	Asiento contable reservas de siniestros reclamados por liquidar.....	458
Tabla 14	Reporte estadístico de producción SOATC.....	462
Tabla 15	Reporte estadístico monetario de siniestros SOATC.....	463
Tabla 16	Reporte de fallecidos SOATC.....	466
Tabla 17	Reporte de siniestros (información agregada de siniestros).....	466
Tabla 18	Reporte de siniestros (información casos de rechazo).....	467

Ecuaciones

Ecuación 1	Severidad.....	415
Ecuación 2	Frecuencia.....	416
Ecuación 3	Tasa de riesgo.....	417
Ecuación 4	Prima de riesgo, cobertura de muerte.....	418
Ecuación 5	Prima de riesgo, cobertura de incapacidad permanente total.....	418
Ecuación 6	Prima de riesgo, cobertura de gastos médicos.....	419
Ecuación 7	Prima de riesgo total (prima neta).....	419
Ecuación 8	Prima técnica.....	420
Ecuación 9	Prima tarifa.....	420
Ecuación 10	Monto económico asociado las variables de la prima adicional.....	421
Ecuación 11	Sumatoria prima adicional.....	422
Ecuación 12	Fórmula impuesto.....	422
Ecuación 13	Fórmula impuesto.....	423

1.1 Antecedentes

1.2 Objetivo

1.3 Alcance

1.4 Glosario de términos

1.1 Antecedentes

El Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC) está establecido en la Ley N.º 1155, cuyo objetivo es proteger a los trabajadores del sector de la construcción. Esta norma cubre a quienes realizan labores directas en obras públicas y privadas, ofreciendo indemnización por lesiones y fallecimiento durante el trabajo. Administrado por entidades públicas de seguros, garantiza beneficios estandarizados como gastos médicos, compensaciones por incapacidad permanente y beneficios para los beneficiarios en caso de fallecimiento, promoviendo condiciones laborales seguras y justas en el sector.

Es necesario señalar que, mediante Ley N.º 1155 de 12 de marzo de 2019, y el Decreto Supremo N.º 4058 de 15 de octubre de 2019, se creó y reglamentó el Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC), cuyo propósito es garantizar la cobertura de los gastos médicos y la indemnización por muerte y/o incapacidad total permanente, a toda trabajadora y trabajador de dicho rubro que sufra un accidente al prestar, ejecutar o realizar un trabajo de manera directa en toda edificación de obras.

No obstante, debido a los conflictos sociales y políticos de octubre y noviembre de 2019, los cuales desembocaron en un cambio de gobierno, se inició un periodo de incertidumbre en la economía del país y en la calidad de vida de la población, aspecto que conllevó la paralización de esta medida social a ser implementada a través del SOATC.

El sector de la construcción es muy importante, no sólo por su aporte al crecimiento económico, sino también porque genera miles de fuentes de empleo y contribuye a la dinamización de la economía, por cuanto, al mes de abril de 2021, existían 423.000 personas que se dedicaban a la actividad de la construcción en obras públicas y privadas del país, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Asimismo, el rubro de la construcción presenta una tasa de accidentabilidad más alta comparada con otros rubros, como el agrario y el de industria, por cuanto la labor en la construcción implica costos humanos fatales, por ejemplo, muchas veces las personas trabajan en alturas, expuestas a sufrir algún tipo de accidente grave o mortal, o también se escucha en medios de comunicación que, albañiles a causa de una caída fatal dejaron huérfanos a sus hijos.¹

1.2 Objetivo

El Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC) en Bolivia tiene como objetivo principal proporcionar una protección integral a los trabajadores del sector de la construcción. Este seguro garantiza la cobertura frente a riesgos y accidentes laborales en obras de construcción, tanto públicas como privadas. El SOATC ofrece acceso a servicios médicos y atención necesaria en caso de accidentes que resulten en lesiones temporales, permanentes o fatales. Además, proporciona compensaciones económicas para los trabajadores y sus familias, ayudando a mitigar las consecuencias económicas de los accidentes laborales. El SOATC también promueve la implementación de medidas preventivas para asegurar condiciones laborales seguras y proteger los derechos fundamentales de los trabajadores en el sector de la construcción.

1.3 Alcance

El presente documento tiene como objetivo ofrecer una visión detallada de las normativas, resoluciones administrativas, leyes y reglamentos que rigen el SOATC. Se busca proporcionar una comprensión exhaustiva de las disposiciones legales aplicables, describir los procesos administrativos implicados en la administración y comercialización del SOATC, y presentar ejemplos prácticos para ilustrar su implementación. El propósito es facilitar una correcta interpretación y cumplimiento de las regulaciones vigentes para asegurar la adecuada cobertura y protección de los trabajadores del sector construcción.²

1 Fuente: <https://www.opinion.com.bo/opinion/fernando-r-chuquimia/soat-c-seguro-trabajadores-construccion/20210702204520825719.html>

2 Resolución administrativa APS 687/2016, Arts. 3-4.

1.4 Glosario de términos

Accidentado	Trabajadora o trabajador de la construcción lesionado o fallecido en un accidente de construcción, ocurrido en su lugar de trabajo.
Accidente en el ámbito de la construcción	Para los fines del SOATC, es el evento súbito, fortuito e imprevisto, ajeno a la voluntad de la trabajadora o el trabajador, que se produce en una obra de construcción y que provoca lesiones corporales temporales o permanentes o el fallecimiento de la trabajadora o trabajador.
Asegurado	Trabajadora o trabajador de la construcción designado como tal en la póliza del SOATC, a favor de quien la aseguradora otorga la cobertura de seguro.
Aseguradora	Es la entidad pública de seguros habilitada para la administración y comercialización del SOATC, que asume la cobertura de los riesgos objeto de esta póliza y garantiza el pago de las indemnizaciones.
APS	Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.
Beneficiario	Para las coberturas de gastos médicos e incapacidad total y permanente, y en caso de muerte del asegurado, serán la(s) persona(s) designadas en la póliza del SOATC. En su ausencia, serán los herederos legales.
Capital asegurado	Importe máximo que el asegurado recibirá en caso de un siniestro, de acuerdo con los términos de la póliza y la legislación vigente.
Contratante o subcontratante	Persona natural o jurídica, pública o privada que contrata los servicios de trabajadores de la construcción para una obra.
Derechohabiente	Persona con derecho a recibir la indemnización del SOATC en caso de fallecimiento del asegurado.
Establecimiento de salud	Centro médico público o privado, legalmente autorizado para prestar servicios de salud.
Entidad pública de seguros	Entidad aseguradora con participación mayoritaria del Estado Plurinacional de Bolivia, legalmente constituida.
Entidad pública de seguros habilitada	Entidad pública de seguros habilitada para la administración y comercialización del SOATC.
Incapacidad total permanente	Invalidez total y definitiva de un trabajador de la construcción por accidente laboral, con un grado de incapacidad igual o superior al 60%, determinado por un médico habilitado por la APS.
Indemnización	Pago efectuado por la aseguradora al asegurado, beneficiario o derechohabiente tras la ocurrencia de un accidente en el ámbito de la construcción.
Obra de construcción	Trabajo de edificación que incluye excavaciones, renovaciones, reparaciones, demoliciones y más, en estructuras públicas o privadas.
Punto de atención al cliente	Oficinas, sucursales o puntos de venta de la entidad pública de seguros habilitada para administrar y comercializar el SOATC.
Siniestro	Accidente en el lugar de la construcción que obliga a la aseguradora a indemnizar, de acuerdo con las coberturas y capitales asegurados.
SOATC	Seguro Obligatorio de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción.
Trabajador o trabajadora de la construcción	Persona que realiza un trabajo directo en una obra de construcción pública o privada.
Trabajo de manera directa	Actividad laboral realizada por una persona de manera independiente o dependiente, en condición de profesional.
Accidentado	Trabajadora o trabajador de la construcción lesionado o fallecido en un accidente de construcción, ocurrido en el lugar de su trabajo.
Accidente en el ámbito de la construcción	Para los fines del SOATC, es el evento súbito, fortuito e imprevisto, ajeno a la voluntad de la trabajadora o el trabajador, que se produce en una obra de construcción y que provoca lesiones corporales temporales o permanentes o el fallecimiento de la trabajadora o trabajador.
Asegurado	Trabajadora o trabajador de la construcción designado como tal en la póliza del SOATC, a favor de quien la aseguradora otorga la cobertura de seguro.
Aseguradora	Es la entidad pública de seguros habilitada para la administración y comercialización del SOATC, que asume la cobertura de los riesgos objeto de esta póliza y garantiza el pago de las indemnizaciones.

Gestión integral del producto

02

2.1 Proceso de habilitación de la entidad pública de seguros

2.2 Elaboración de la nota técnica

2.3 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios

2.1 Elaboración de la nota técnica

La nota técnica es un procedimiento estándar que se aplica a todos los seguros de personas y es un documento clave en el ámbito de los seguros que detalla la estructura financiera y actuarial de un producto de seguro. Su propósito es justificar las tarifas, beneficios y condiciones de una póliza, fundamentado en principios técnicos y matemáticos (para mayor información, véase el apartado “Elaboración de la nota técnica”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, vol. 1).

En seguros de personas, la nota técnica suele incluir:

- **Descripción del producto:** Características generales de la póliza, como coberturas, exclusiones y duración del seguro.
- **Bases técnicas:** Supuestos sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, siniestralidad, y comportamiento de los asegurados.
- **Cálculo de primas:** Metodología para determinar el monto de la prima, que incluye el costo puro de riesgo, gastos administrativos, margen de seguridad y rentabilidad (para el apartado de cálculo de la prima dentro de la elaboración de la nota técnica, se puede recurrir a los conceptos expuestos en este documento, en el apartado “Estructura de la prima”).

- **Provisión de reservas técnicas:** Detalle de cómo se establecerán las reservas para garantizar el cumplimiento futuro de las obligaciones con los asegurados.
- **Revisión y ajustes:** Mecanismos para ajustar primas o beneficios según la experiencia de siniestralidad o cambios en los supuestos técnicos.

Este documento es evaluado por las autoridades regulatorias (como la APS en Bolivia) para asegurar que los productos ofrecidos por las aseguradoras sean viables y justos tanto para los asegurados como para las empresas aseguradoras.

2.2 Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios

El registro de pólizas, anexos y cláusulas es un proceso general aplicable a todos los seguros de personas. Este procedimiento asegura que cada póliza, junto con sus anexos y cláusulas adicionales, cumpla con las normativas legales y regulatorias establecidas. Su correcta gestión garantiza transparencia y protección tanto para el asegurado como para la aseguradora.

En este registro se incluyen:

- **Pólizas:** El documento principal que formaliza el contrato entre el asegurado y la aseguradora, estableciendo las coberturas, primas, condiciones y exclusiones.
- **Anexos:** Modificaciones o adiciones a la póliza original que pueden alterar aspectos como coberturas o condiciones específicas.
- **Cláusulas:** Condiciones adicionales que ajustan o complementan los términos del seguro, ya sea limitando o ampliando las obligaciones y derechos de las partes involucradas.
- **Formularios:** Documentos estandarizados utilizados por las compañías aseguradoras para recabar, registrar o formalizar información relacionada con una póliza de seguros.

(Para mayor información, véase el apartado “Registro de pólizas, anexos, cláusulas y formularios”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

2.3 Proceso de habilitación de la entidad pública de seguros

Este proceso debe ser ejecutado por la entidad pública de seguros que aspire a comercializar el seguro SOATC.

2.3.1 Convocatoria de la APS

El proceso de habilitación para la comercialización del seguro SOATC se realiza cada tres años, mediante una convocatoria emitida por la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero

(APS) a través de una Resolución administrativa. Esta convocatoria incluye los requisitos, los documentos necesarios y los plazos para la presentación de las solicitudes correspondientes.

2.3.2 Plazo para la presentación de solicitudes

Las entidades públicas de seguros tienen un plazo de diez (10) días hábiles administrativos, a partir de la notificación, para presentar sus solicitudes a la APS.

2.3.3 Requisitos y documentación necesaria

La entidad solicitante debe cumplir con los siguientes requisitos.

Cumplimiento técnico y financiero:

- Régimen de inversiones.
- Margen de solvencia.
- Reservas técnicas suficientes.
- Pagos al Fondo de Protección al Asegurado (FPA) al día.
- Aportes al Sistema Integral de Pensiones (SIP) actualizados.
- Sin deudas vencidas con Impuestos Nacionales.
- Sin multas impagadas a la APS.
- No estar en situación de grave riesgo financiero según la normativa.

Registro del texto único de la póliza del SOATC aprobado por la APS.

No tener siniestros en mora.

La documentación debe ser presentada en una carpeta con índice y copia simple.

Solicitud dirigida al director ejecutivo de la APS.

Documentación legal:

- Testimonio de constitución de la entidad.
- Certificado del registro de comercio indicando la composición accionaria.
- Resolución administrativa de autorización de funcionamiento.

Certificados:

- Certificado de cumplimiento con los aportes al SIP.
- Certificado de no tener deudas con Impuestos Nacionales.

Manuales y sistemas:

- Manual del sistema tecnológico de información y base de datos.

Otros documentos:

- Copia de la Resolución administrativa de registro del texto único de la póliza del SOATC.
- Listado de puntos de atención al cliente.
- Detalle de primas comerciales y primas netas con nota técnica.

2.3.4 Evaluación y pronunciamiento de la APS

Evaluación de la documentación

La APS procederá a verificar que se cumplan todos los requisitos establecidos en la convocatoria, teniendo un plazo de veinte (20) días hábiles administrativos a partir de la fecha límite de presentación de solicitudes. Si no se encuentran observaciones, la APS emitirá una Resolución administrativa que habilitará a la entidad para la administración y comercialización del SOATC.

Regularización de observaciones

En caso de que existan observaciones, la APS notificará a la entidad solicitante, otorgándole un plazo de diez (10) días hábiles administrativos para subsanar la documentación. Si la entidad corrige las observaciones dentro de este plazo, la APS emitirá la resolución habilitante en el plazo de los diez (10) días hábiles siguientes.

2.3.5 Comercialización del SOATC

Inicio de la comercialización

La entidad habilitada deberá comenzar la comercialización dentro de los quince (15) días hábiles administrativos posteriores a la notificación de la Resolución administrativa de habilitación.

Medios de comercialización

- **Puntos de atención al cliente.**
- **Agentes de seguros registrados en la APS.**
- **Medios electrónicos:** Cumpliendo con los requisitos de la Ley N.º 164 de Telecomunicaciones y Tecnologías de Información.

Cesión del riesgo

La entidad puede ceder el riesgo del SOATC a otras aseguradoras o reaseguradoras.

Requisitos previos: La entidad debe obtener información técnico-financiera de la APS sobre las posibles entidades cesionarias antes de la cesión.

2.3.6 Publicidad y promoción

Publicidad del SOATC

La entidad habilitada debe realizar campañas continuas de publicidad para informar sobre la obligatoriedad, coberturas y vigencia del SOATC.

Línea gráfica

Todo material publicitario debe respetar la línea gráfica establecida por la normativa vigente.

2.3.7 Causales para una nueva convocatoria anticipada

Causales

- **Contravenciones:** Actuar en contra del Decreto Supremo N.º 4058.
- **Aumento de prima** sin autorización de la APS.
- **Negativa de venta** del SOATC a trabajadores del sector de la construcción.

Proceso de convocatoria anticipada

En caso de incumplimientos, la APS emitirá una nueva convocatoria para la habilitación de una nueva entidad.

Finalización de la habilitación anterior: La entidad anterior debe finalizar las coberturas hasta el fin de la vigencia de las pólizas emitidas.

Cotización 03

3.1 Coberturas

3.2 Estructura de la prima

3.3 Slip de cotización

3.1 Coberturas

El Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC) ofrece coberturas esenciales que buscan proteger a los trabajadores en caso de sufrir accidentes dentro del ámbito laboral. Este seguro es fundamental para garantizar que los trabajadores y sus familias cuenten con respaldo financiero y acceso a atención médica en situaciones de riesgo laboral.

Tabla 1
Capitales asegurados

COBERTURA	CAPITAL ASEGURADO
Muerte	Bs. 70.000 - (Setenta mil 00/100 bolivianos)
Incapacidad total permanente	Bs. 70.000 - (Setenta mil 00/100 bolivianos)
Gastos médicos	Bs. 7.000 - (Siete mil 00/100 bolivianos)

3.1.1 Gastos médicos

Esta cobertura garantiza que el trabajador accidentado reciba atención médica completa tras un accidente en el lugar de trabajo. El monto asignado de hasta Bs. 7.000 permite al asegurado cubrir tratamientos inmediatos, como consultas, hospitalización, medicamentos y cualquier intervención necesaria para su recuperación inicial. Este respaldo es crucial, ya

que ayuda a los trabajadores a no enfrentar gastos médicos imprevistos que podrían afectar su economía y bienestar.

3.1.2 Incapacidad total permanente

En caso de que el trabajador sufra una incapacidad total y permanente debido a un accidente laboral, esta cobertura proporciona una indemnización de hasta Bs. 70.000. Este monto está destinado a mitigar el impacto económico causado por la pérdida de la capacidad laboral del trabajador, brindando un apoyo que puede utilizarse para cubrir sus necesidades básicas y adaptarse a su nueva situación. La cobertura para incapacidad total permanente representa un soporte significativo, especialmente para quienes son el principal sustento de sus familias.

3.1.3 Muerte

En el desafortunado caso de fallecimiento, el SOATC ofrece una indemnización conforme a la normativa vigente a los familiares directos o beneficiarios designados por el trabajador. Este respaldo financiero está diseñado para ayudar a las familias a cubrir gastos inmediatos, como el costo de los servicios funerarios, y brindar un soporte económico que permita sobrellevar la pérdida del sustento económico familiar.

3.1.4 Riesgos excluidos

Existen ciertos riesgos que no están cubiertos por el SOATC, los cuales corresponden a situaciones en las que el accidente se produjo bajo circunstancias específicas que exceden los alcances de la cobertura. Los casos excluidos son:

- Accidentes ocurridos fuera del territorio nacional.
- Accidentes en los que el trabajador se encontraba en estado de ebriedad.
- Accidentes mientras el trabajador estaba bajo el efecto de drogas, narcóticos u otras sustancias alucinógenas.
- Accidentes resultantes de suicidio o lesiones autoinfligidas.
- Accidentes ocurridos fuera del área de la obra de construcción.

Además, el seguro no cubre tratamientos o intervenciones posteriores al accidente que no sean esenciales para la recuperación funcional del trabajador. Quedan excluidos, por ejemplo, las cirugías plásticas con fines estéticos, tratamientos psicológicos y prótesis no funcionales. Sin embargo, se cubren cirugías reconstructivas y prótesis funcionales internas cuando son necesarias para la rehabilitación efectiva del trabajador.

3.2 Estructura de la prima

El monto de la prima del SOATC es única a nivel nacional y será fijo durante toda la gestión correspondiente.

Cualquier variación en el monto de la prima debe ser autorizada expresamente por la APS y una vez autorizada aplicara para la siguiente gestión anual a la solicitada.³

La prima del SOATC debe ser determinada por cada entidad pública de seguros que solicite la habilitación para la administración y comercialización del SOATC, debiendo la misma responder en todo momento a sus bases técnicas.

La APS en la evaluación de la documentación presentada para la solicitud de habilitación, podrá observar el cálculo de las primas cuando éstas no respondan a bases técnicas.

La entidad pública de seguros habilitada debe cumplir con el detalle de primas que haya presentado junto a su solicitud de habilitación.⁴

3.2.1 Tasa de riesgo

Es crucial para las aseguradoras establecer tasas de riesgo precisas y adecuadas, ya que éstas determinan el precio de la prima que cobran a los asegurados. Una tasa de riesgo demasiado baja puede llevar a pérdidas financieras si los reclamos exceden las reservas, mientras que una tasa demasiado alta puede resultar en primas no competitivas y pérdida de clientes.

A. Severidad

La severidad es una medida clave en el cálculo de la tasa de riesgo puesto que indica cuánto le cuesta a la aseguradora, en promedio, cada accidente o siniestro. Se calcula dividiendo el costo total de todos los siniestros por el número total de siniestros ocurridos en un período de tiempo específico. Esta medida es esencial para determinar las primas del seguro, ya que un mayor costo promedio por accidente implicará una mayor prima para cubrir los riesgos.

Ecuación 1 Severidad

$$\text{Severidad} = \frac{\text{Monto total de siniestralidad}}{\text{N.º siniestros ocurridos}}$$

Donde:

Severidad: Costo promedio de cada siniestro

Monto total de siniestralidad: Es una medida que describe la frecuencia y la magnitud de estos eventos en relación con la cobertura a calcular

N.º Siniestros ocurridos: Número de eventos concretos cubiertos por el seguro

Este cálculo de la severidad se debe realizar por tipo de cobertura, es decir la variable “monto total de siniestralidad” debe modificarse en base a la siniestralidad por cobertura,

³ Resolución administrativa 4058, Artículo 10.

⁴ Resolución administrativa 1820, Artículo 11.

- siniestralidad por gastos médicos;
- siniestralidad por fallecimiento o muerte y;
- siniestralidad por incapacidad total y permanente.

Es necesario calcular la severidad por tipo de cobertura, es decir, el cálculo de la severidad para la cobertura de gastos médicos, severidad para la cobertura de muerte y severidad para incapacidad total permanente. Los datos de siniestralidad puede obtenerlos de los anuarios emitidos por la entidad aseguradora:

- *Severidad_i* cobertura muerte.
- *Severidad_j* cobertura incapacidad total permanente.
- *Severidad_k* cobertura gastos médicos.

B. Frecuencia

La frecuencia se refiere a la cantidad de eventos o siniestros que ocurren en un período determinado. En el contexto del seguro, la frecuencia es la tasa o la probabilidad de que ocurra un evento asegurable (como un accidente de un trabajador en el ámbito de la construcción en el caso del SOATC) que genere una reclamación.

Ecuación 2 Frecuencia

$$Frecuencia = \frac{N.^{\circ} \text{ de siniestros}}{N.^{\circ} \text{ riesgos}}$$

Donde:

Frecuencia: Cantidad de siniestros

Monto total de siniestralidad: Número de eventos concretos cubiertos por el seguro

N.º siniestros ocurridos: Número de pólizas vendidas

C. Tasa de riesgo

Cabe recalcar que la tasa de riesgo (TR) debe ser calculada para cada cobertura; es decir, una tasa de riesgo para la cobertura de gastos médicos, una tasa de riesgo para la cobertura de muerte y una tasa de riesgo para la cobertura de incapacidad total y permanente:

- *TR_i*: Tasa de riesgo cobertura muerte.
- *TR_j*: Tasa de riesgo cobertura incapacidad total permanente.

- TR_A : Tasa de riesgo cobertura gastos médicos.

D. Tasa de riesgo total

Es el resultado de multiplicar la severidad (costo promedio de cada siniestro) por la frecuencia de siniestros, y dividir este valor entre el capital asegurado (KAseg) correspondiente a cada tipo de cobertura. Esta tasa permite cuantificar el nivel de riesgo asociado a una cobertura específica, facilitando así la valoración y el ajuste adecuado de las primas del seguro.

Ecuación 3 Tasa de riesgo

$$TR = \frac{\text{Severidad} * \text{Frecuencia}}{KAseg}$$

Donde:

TR: Tasa de riesgo

Severidad: Costo promedio de cada siniestro por tipo de cobertura

Frecuencia: Cantidad de siniestros

KAseg: Capital asegurado por tipo de cobertura

3.2.2 Prima de riesgo

Se refiere al precio que una aseguradora cobra a un asegurado para cubrir el riesgo específico que está asegurando, siendo la cantidad necesaria y suficiente para el asegurador debe percibir del asegurado para cubrir el riesgo, es decir, el pago de siniestros.⁵ Se debe calcular multiplicando la tasa de riesgo por cada cobertura con la cual cuente el seguro, siendo el caso del SOATC, se tendrá que calcular la prima de riesgo correspondiente a las coberturas de gastos médicos, incapacidad permanente total y muerte.

A continuación, se detallan el tipo de coberturas disponibles.

Tabla 2
VARIABLES CAPITAL ASEGURADO

Variable	Cobertura	Capital asegurado
VA_i	Muerte	Bs. 70.000 - (Setenta mil 00/100 bolivianos)
VA_j	Incapacidad total permanente	Bs. 70.000 - (Setenta mil 00/100 bolivianos)
VA_k	Gastos médicos	Bs. 7.000 - (Siete mil 00/100 bolivianos)

A. Cobertura de muerte

La prima de riesgo correspondiente a la cobertura de muerte en el Seguro Obligatorio de

5 Bellido, N. (2017). *El seguro y sus bases técnicas y jurídicas*, SOIPA Ltda.

Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC) se calcula en función de la probabilidad de que ocurra un siniestro que resulte en la muerte del asegurado y el costo de la cobertura asociado a ese siniestro. Para el caso se entiende que el capital asegurado a la cobertura de muerte equivale a Bs. 70.000 (setenta mil 00/100 bolivianos).

La prima de riesgo se establece para garantizar que la aseguradora pueda cubrir las indemnizaciones en caso de fallecimiento de un trabajador asegurado.

Ecuación 4 Prima de riesgo, cobertura de muerte

$$PR_i = TR_i * VA_i$$

Donde:

PR_i : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de muerte

TR_i : Tasa de riesgo correspondiente a la cobertura de muerte

VA_i : Capital asegurado correspondiente a la cobertura de muerte para el caso se toma el valor de Bs. 70.000

B. Cobertura de incapacidad permanente total

La prima de riesgo correspondiente a la cobertura de incapacidad permanente total en el Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC) se calcula de manera similar a la prima de riesgo para la cobertura de muerte. Esta prima se basa en la probabilidad de que ocurra un siniestro que resulte en la incapacidad permanente total del asegurado y el costo de la cobertura asociado a ese siniestro, para el caso se entiende que el capital asegurado a la cobertura de Incapacidad total permanente equivale a Bs. 70.000 (Setenta mil 00/100 bolivianos).

Ecuación 5 Prima de riesgo, cobertura de incapacidad permanente total

$$PR_j = TR_j * VA_j$$

Donde:

PR_j : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de incapacidad total y permanente

TR_j : Tasa de riesgo correspondiente a la cobertura de incapacidad total y permanente

VA_j : Capital asegurado correspondiente a la cobertura de incapacidad total y permanente. Para el caso, se toma el valor de Bs. 70.000

C. Cobertura de gastos médicos

La prima de riesgo correspondiente a la cobertura de gastos médicos en el Seguro Obli-

gatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC). Se calcula en función de la probabilidad de ocurrencia de siniestros que resulten en la necesidad de atención médica y al costo promedio de estos gastos médicos. Se entiende que el capital asegurado a la cobertura de gastos médicos equivale a Bs. 7.000 (siete mil 00/100 bolivianos).

Ecuación 6 Prima de riesgo, cobertura de gastos médicos

$$PR_k = TR_k * VA_k$$

Donde:

PR_k : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de gastos médicos

TR_k : Tasa de riesgo correspondiente a la cobertura de gastos médicos

VA_k : Capital asegurado correspondiente a la cobertura de gastos médicos para el caso se toma el valor de Bs. 7.000

3.2.3 La prima de riesgo

La prima de riesgo total o prima neta en el contexto del SOATC se refiere a la cantidad de dinero que la aseguradora necesita recaudar para cubrir únicamente los riesgos asegurados, sin incluir gastos administrativos, comisiones, beneficios de la aseguradora u otros costos adicionales. Es esencialmente el costo puro del seguro basado en la evaluación del riesgo, constituyéndose en la sumatoria de las primas de riesgo de cada cobertura.

Ecuación 7 Prima de riesgo total (prima neta)

$$PR_T = PR_i + PR_j + PR_k$$

Donde:

PR : Prima de riesgo total (prima neta)

PR_i : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de muerte

PR_j : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de incapacidad total y permanente

PR_k : Prima de riesgo correspondiente a la cobertura de gastos médicos

3.2.4 Prima técnica

Esta prima incluye no sólo el valor actuarial estimado del riesgo (conocido como prima de riesgo), sino también un margen de seguridad o carga de seguridad, destinado a compensar posibles desviaciones estadísticas, incertidumbre en la estimación de siniestros futuros, y variaciones adversas en la siniestralidad.

Ecuación 8 Prima técnica

$$PTec = PR * (1 + \delta)$$

Donde:

PTec: Prima técnica.

PR: Prima de riesgo.

δ : Margen de seguridad.

3.2.5 Prima tarifa

El cálculo de la prima tarifa implica determinar el monto que los asegurados deben pagar por la cobertura de seguro, considerando factores como impuestos, gastos administrativos y comerciales. Para obtener este valor, se debe calcular el cociente entre la prima total y el resultado de restar 1 de la sumatoria de las tasas adicionales. En el caso del SOATC, este proceso permite integrar todos los componentes que afectan el precio final, garantizando una prima que cubra los costos del seguro y mantenga la viabilidad del producto.

Ecuación 9 Prima tarifa

$$PT = \frac{PTec}{1-(TREG+FPA+Com+CP+GA+UT)}$$

Donde:

PPT: Prima de tarifa

PTec: Prima técnica

TREG: Tasa de regulación

FPA: Fondo de protección al asegurado

Com: Comisiones

CP: Costos de producción

GA: Gastos administrativos

UT: Utilidad

3.2.6 Costos asociados a prima adicional

Los costos adicionales llegan a ser la suma de tasa de regulación, fondo de protección al asegurado, comisiones, costos de producción, gastos administrativos y utilidad.

Tabla 3
Tasas adicionales

<i>TREG</i>	2%
<i>FPA</i>	2,5‰
<i>Com</i>	$X\% \leq \text{Com} \leq X\%$
<i>CP</i>	$X\% \leq \text{CP} \leq X\%$
<i>GA</i>	$X\% \leq \text{GA} \leq X\%$
<i>UT</i>	$\text{Min}\% \leq \text{GA} \leq \text{Max}\%$

Una vez calculada la prima tarifa, podemos determinar los costos asociados a las variables que componen la prima adicional.

Ecuación 10 Monto económico asociado las variables de la prima adicional

$$mTREG = (PT * TREG\%)$$

Donde:

mTREG: Monto económico asociado a la tasa de regulación

TREG%: Tasa de regulación de supervisión

$$mFPA = (PT * FPA)$$

Donde:

mFPA: Monto económico asociado al fondo de protección al asegurado

FPA%: Porcentaje de Fondo de Protección al Asegurado

$$mCom = (PT * Com\%)$$

Donde:

MmCom: Monto económico asociado a las comisiones

mCom%: Porcentaje de comisiones

$$mCP = (PT * CP\%)$$

Donde:

MmCP: Monto económico asociado a las comisiones

CP%: Porcentaje de costos de producción

$$mGA = (PT * GA\%)$$

Donde:

mGA: Monto económico asociado a los gastos de administrativos

GA%: Porcentaje de gastos administrativos aplicado por la compañía aseguradora

$$mUT = (PT * UT\%)$$

Donde:

mUT: Monto económico asociado a la utilidad

UT%: Porcentaje de la utilidad

PT: Prima de tarifa

Ahora bien, si llegamos a sumar todos los valores de esta tabla obtenemos el valor total de la prima adicional

La prima adicional incluye componentes adicionales necesarios para cubrir los gastos operativos y administrativos de la aseguradora.

Ecuación 11 Sumatoria prima adicional

$$PA = mTREG + mFPA + mCom + mCP + mGA + UT$$

3.2.7 Impuestos

En el marco de la normativa boliviana, dos impuestos fundamentales influyen en la determinación de la prima de los seguros. Por una parte, el Impuesto al Valor Agregado (IVA) es un impuesto general que se aplica a la mayoría de los bienes y servicios, incluyendo los seguros, y cuya tasa es del 13%. Por otro lado, el Impuesto a las Transacciones (IT), que se expresa en porcentaje (%), se aplica a las transacciones comerciales con un porcentaje de 3%.

Para obtener el valor del impuesto a aplicar en la fórmula, es necesario seguir estos pasos:

1. **Suma de impuestos:** Primero, se deben sumar las tasas del IVA y el IT para obtener una base sobre la cual se calculará la carga impositiva total.
2. **Aplicación de la tasa efectiva:** Luego, se utiliza la tasa efectiva para calcular el IMP, que representa el impacto real de los impuestos en la prima del seguro.

Ecuación 12 Fórmula impuesto

$$IMP = 1 + \frac{(IVA+IT)}{1-(IVA+IT)}$$

Donde:

IMP: Impuesto según definición de tasa efectiva

3.2.8 Prima total

La prima total (PTT) es el resultado de multiplicar la prima tarifa (PT) por el factor de impuestos (IMP). Esta ecuación permite calcular el costo final del seguro que debe asumir el asegurado, incluyendo tanto el valor base de la prima como los impuestos aplicables.

Ecuación 13 *Fórmula impuesto*

$$PTT = PT * IMP$$

Donde:

PTT: Prima de total

PT: Prima tarifa

IMP: Impuestos

3.3 Documento *slip* de cotización

En el Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC) no se requiere un *slip* de cotización. A diferencia de otros seguros que implican un proceso de cotización mediante un *slip*, el SOATC tiene condiciones preestablecidas y estandarizadas por normativa, por lo que no es necesario realizar una evaluación previa ni cotizar individualmente la cobertura. Este seguro obligatorio responde a la necesidad de proteger a los trabajadores de la construcción en caso de accidentes, aplicando primas y coberturas definidas uniformemente para todos los beneficiarios.

4.1 Evaluación del riesgo

4.2 Póliza del seguro

4.4 Certificado de cobertura

4.5 Obligaciones de la entidad pública de seguros

4.6 Anulación de seguro

4.1 Evaluación del riesgo

En el SOATC, aunque existen coberturas específicas para gastos médicos, incapacidad total permanente y muerte, no se realiza un análisis de riesgo individual para cada trabajador. Esto se debe a que todas las condiciones, coberturas y montos asegurados ya están predefinidos por el Decreto Supremo 4058 del 15 de octubre de 2019. Este decreto establece un marco estandarizado para el SOATC, donde las primas, los beneficios y las exclusiones se aplican de manera uniforme para todos los trabajadores en el ámbito de la construcción.

Debido a la naturaleza del SOATC, que es un seguro obligatorio de carácter colectivo, las aseguradoras no necesitan evaluar el perfil de riesgo de cada asegurado ni determinar primas personalizadas. Las coberturas están diseñadas para brindar protección en situaciones de riesgo laboral propias del sector de la construcción, siguiendo las directrices establecidas en la normativa.

4.2 Póliza del seguro

La póliza del SOATC establecida conforme a la Ley N.º 1155 en Bolivia, es un contrato uniforme que ampara a todos los trabajadores del sector de la construcción bajo las mismas condiciones, sin distinción de riesgos específicos. A diferencia de otras pólizas que pueden

requerir un análisis de riesgo individual, esta póliza establece coberturas, límites y exclusiones de manera estandarizada, siguiendo las disposiciones de la normativa vigente.

Este tipo de póliza única permite a la aseguradora ofrecer beneficios claros y predefinidos, incluyendo la cobertura de gastos médicos de emergencia, una indemnización fija por incapacidad total y permanente, y una indemnización por fallecimiento, sin necesidad de ajustar los términos para cada trabajador. La póliza también permite al trabajador designar beneficiarios, a quienes se destinará la indemnización en caso de fallecimiento. En caso de no existir una designación, los derechos de indemnización recaerán en los derechohabientes legales.⁶

Además, esta póliza única es administrada exclusivamente por entidades públicas de seguros, quienes emiten un Certificado SOATC en lugar de una póliza personalizada.⁷ Este certificado detalla los derechos y beneficios del asegurado, y debe ser renovado periódicamente antes de su expiración para asegurar la continuidad de la cobertura. Así, la póliza del SOATC cumple con su objetivo de brindar una protección estandarizada, accesible y eficiente, protegiendo a los trabajadores de la construcción frente a los riesgos propios de su actividad.⁸

4.2.1 Portada

Para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Portada” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

4.2.2 Condicionado general

Para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Condicionado general” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

4.2.3 Condicionado particular

Para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Condicionado particular” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1.

4.2.4 SOATC

El SOATC de la trabajadora y el trabajador en el ámbito de la construcción es de carácter obligatorio por ley para toda trabajadora y trabajador que preste, ejecute o realice un trabajo de manera directa en toda construcción de obras.

6 Resolución ASFI 618/2016, Sección 2, Artículo 1°.

7 Decreto Supremo 4058, Artículo 12.

8 Ley 1155, Artículo 5.

4.2.5 Coberturas y capital asegurado

La aseguradora debe garantizar las siguientes prestaciones a cada asegurado, accidentado por cada accidente, de acuerdo con las siguientes coberturas y valores asegurados:⁹

Tabla 4
Coberturas y capital asegurado

Cobertura	Capital asegurado
Gastos médicos	Hasta Bs. 7.000 - (Siete mil 00/100 bolivianos)
Incapacidad total permanente	Bs. 70.000 - (Setenta mil 00/100 bolivianos)
Muerte	

4.2.6 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC) los casos de lesiones corporales o muerte ocurridas o causadas por encontrarse en las siguientes circunstancias.

- Fuera del territorio nacional.
- En estado de ebriedad.
- Bajo efecto de drogas, narcóticos y otros alucinógenos.
- Por suicidio o lesiones autoinferidas.
- Fuera de la obra de construcción.

Se excluyen del SOATC los tratamientos postaccidente como cirugías plásticas, tratamientos psicológicos y prótesis no funcionales, excepto cirugías reconstructivas y prótesis funcionales internas.¹⁰

4.2.7 Vigencia

El Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC) tiene una vigencia de 12 meses, contados a partir de las 00:00 horas del día siguiente a la contratación.¹¹ Las fechas específicas de cobertura están indicadas en el Certificado de cobertura individual y en los medios tecnológicos de verificación. Una vez contratado, el SOATC no puede ser anulado por ninguna razón, y la aseguradora debe cumplir con sus obligaciones hasta el final del periodo de vigencia.¹²

⁹ Decreto Supremo 4058, Artículo 7.

¹⁰ Decreto Supremo 4058, Artículo 6; Resolución administrativa 025, anexo, cláusula 7.

¹¹ Decreto Supremo 4058, Artículo 13; Resolución administrativa 025, cláusula 8; Resolución administrativa 1820, Artículo 21.

¹² Resolución administrativa 1820, Artículo 21, inciso II.

4.2.8 Obligatoriedad

Todo trabajador o trabajadora de la construcción en Bolivia está obligado a contratar el SOATC anualmente y mantenerlo vigente durante el tiempo que preste sus servicios. Los contratantes y subcontratantes deben asegurarse de que los trabajadores bajo su responsabilidad cuenten con el SOATC vigente, el cual se obtiene a través del Certificado de cobertura emitido por la aseguradora.¹³

4.2.9 Personas obligadas a contratar el seguro

Cualquier persona que realice trabajos directos en una obra de construcción en territorio boliviano está obligada a contratar el SOATC de manera anual, asegurando su cobertura durante el tiempo de trabajo.¹⁴

4.3 Estructura única de la póliza de seguro SOATC

Conforme a la Resolución administrativa 25/2020 se establece este texto como único y uniforme para la póliza de seguro SOATC.

**PÓLIZA DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES
DE LA TRABAJADORA Y EL TRABAJADOR EN EL ÁMBITO
DE LA CONSTRUCCIÓN - SOATC**

Código de Registro APS:.....

Póliza N.º:.....

En base a las normas establecidas en la Ley de Seguros N.º 1883 y bajo la autorización de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) para operar en este riesgo, el asegurador emite el Certificado de Seguro numerado, el cual forma parte integral e inseparable de esta póliza como Condiciones Particulares, certificando los términos del contrato según las siguientes cláusulas:

¹³ Resolución administrativa 4058, Artículo 5.

¹⁴ Ley 1155, Artículo 4.

CONDICIONES GENERALES

Parte I: Generalidades

Cláusula 1ª (Objeto) El asegurador, detallado en el certificado correspondiente y en consideración al pago de la prima efectuada por el asegurado, cubre los riesgos especificados dentro del Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOAT) conforme a la Ley N.º 1155, de 12 de marzo de 2019, y el Decreto Supremo N.º 4058, de 15 de octubre de 2019, en los términos y condiciones de esta póliza.

Cláusula 2ª (Definiciones):

- **Accidentado:** Trabajadora o trabajador de la construcción lesionado o fallecido en un accidente de construcción, ocurrido en su lugar de trabajo.
- **Accidente en el ámbito de la construcción:** Evento súbito, fortuito e imprevisto que produce lesiones corporales funcionales temporales o permanentes, o provoca el fallecimiento de la trabajadora o trabajador en construcción.
- **Asegurado:** Trabajadora o trabajador de la construcción designado como tal en la póliza del SOATC.
- **Aseguradora:** Entidad pública de seguros autorizada para la administración y comercialización del SOATC.
- **Beneficiario:** Para las coberturas de gastos médicos e incapacidad total y permanente, es el trabajador; en caso de fallecimiento, son las personas designadas expresamente por el asegurado o, en su defecto, sus herederos legales.
- **Contratante o subcontratante:** Persona natural o jurídica que contrata a trabajadoras(es) de la construcción para la realización de una obra.
- **Derechohabiente:** Persona con derecho a recibir la indemnización por fallecimiento del asegurado.
- **Establecimiento de salud:** Centro médico público o privado, autorizado para brindar servicios de salud.
- **Incapacidad total permanente:** Invalidez total y definitiva del trabajador debido a un accidente en el ámbito de la construcción.
- **Indemnización:** Pago de la cobertura del SOATC a favor del asegurado, beneficiarios o derechohabientes.
- **Obra de construcción:** Actividades de edificación, transformaciones estructurales, mantenimiento, reparación, demolición, entre otras, en el ámbito de la construcción.

- **Póliza Única del SOATC:** Contrato autorizado y registrado en la APS, que especifica los riesgos, coberturas y prima.
- **Siniestro:** Accidente en el ámbito de la construcción que da lugar a la obligación del asegurador de indemnizar.
- **SOATC:** Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción.
- **Trabajador(a) de la construcción:** Persona que realiza un trabajo directo en una obra de construcción.
- **Trabajo directo:** Actividad laboral realizada en una obra por una persona, ya sea en condición de profesional, técnico, obrero, aprendiz o ayudante.

Cláusula 3ª (Coberturas): El SOATC, conforme a la Ley N.º 1155 y el D.S. N.º 4058, otorga las siguientes coberturas:

- a. Gastos médicos.
 - b. Incapacidad total permanente.
 - c. Muerte.
- a. **Cobertura de gastos médicos:** La aseguradora cubrirá los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios del asegurado a causa de un accidente cubierto por la póliza SOATC. Esto incluye:
 - Gastos de asistencia médica: Honorarios médicos por servicios de cirugía y tratamientos necesarios.
 - Gastos farmacéuticos: Medicamentos prescritos por el médico tratante.
 - Gastos hospitalarios: Costos de hospitalización, quirófano, recuperación, entre otros.
 - Servicios auxiliares para la medicina: Servicios como radiografías, tomografías, rehabilitación física, etc.
 - Gastos ambulatorios: Gastos por consultas, exámenes y medicinas cuando no se requiere hospitalización.
 - b. **Cobertura de incapacidad total permanente:** La aseguradora pagará al asegurado hasta el monto especificado en el artículo 4 si el accidente en el ámbito de la construcción provoca una invalidez total y definitiva, calificada con al menos 60% de incapacidad por un médico habilitado por la APS.

- c. Cobertura de muerte: En virtud de esta cobertura, la aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en el artículo 4, después de recibidas y aceptadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente cubierto por la póliza, durante la vigencia establecida en el certificado de cobertura.

Cláusula 4ª (Capitales asegurados): La aseguradora garantizará las siguientes prestaciones: a cada asegurado, accidentado, por cada accidente, de acuerdo a las siguientes coberturas y valores asegurados:

COBERTURA	CAPITAL ASEGURADO
Gastos médicos	Hasta Bs. 7.000 (Siete mil 00/100 Bolivianos)
Incapacidad total permanente	Bs. 70.000 (Setenta mil 00/100 Bolivianos)
Muerte	

En ningún caso la compañía está obligada a pagar valores superiores a los capitales asegurados en esta póliza.

Cláusula 5ª (Acumulación de capital asegurado):

- I. Las indemnizaciones por gastos médicos, muerte y/o incapacidad total permanente son acumulables. Los gastos de transporte, identificación, hospitalización, gastos funerarios y otros relacionados con la atención del accidentado serán cubiertos como parte de las indemnizaciones descritas en los capitales asegurados.
- II. Si liquidados los gastos médicos, el accidentado fallece o queda totalmente incapacitado a consecuencia del mismo accidente, la aseguradora pagará la indemnización por la cobertura de muerte o incapacidad total permanente sin deducción de gastos médicos. Estos gastos serán debidamente documentados y calculados, considerando que las tarifas de atención médica para los establecimientos de salud que atiendan víctimas de accidentes cubiertas con el SOATC, serán las mismas que se encuentran previstas y reguladas por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Cláusula 6ª (Compatibilidad con Otros Seguros). El SOATC será compatible con cualquier otro seguro que cubra personas en relación con accidentes, independientemente del origen o naturaleza del evento cubierto por el seguro.

La cobertura de otros seguros se aplicará en exceso de los límites establecidos por el SOATC.

Cláusula 7ª (Exclusiones). Quedan excluidos de las coberturas del SOATC los casos de lesiones corporales que directa o indirectamente sean causadas o resulten de, o sean consecuencia de, o se constituyan por:

- a. Fuera del territorio nacional;
- b. En estado de ebriedad;
- c. Bajo efecto de drogas, narcóticos y otros alucinógenos;
- d. Por suicidio o lesiones autoinfligidas;
- e. Fuera de la obra de construcción.

También se encuentran excluidos de la cobertura del SOATC los tratamientos por efectos secundarios postaccidente como cirugías plásticas, tratamientos psicológicos y prótesis no funcionales, con excepción de cirugías reconstructivas y prótesis funcionales internas.

Cláusula 8ª (Vigencia). El SOATC tendrá un periodo de vigencia de doce meses, desde las cero horas del día siguiente de la fecha de contratación del SOATC, señalado expresamente para cada asegurado, en las fechas indicadas en el certificado de cobertura individual SOATC, de acuerdo a lo establecido por el D.S. N.º 4058, de 15 de octubre de 2019, y las disposiciones emitidas por la APS.

Parte II: Certificado de cobertura y documento portable

Cláusula 9ª (Certificado de cobertura SOATC). El documento físico o digital que acredita la contratación, cobertura y vigencia del SOATC es el certificado de cobertura SOATC emitido por la aseguradora para cada asegurado. El certificado de cobertura SOATC, además de señalar los datos de identificación del asegurado, establecerá claramente la vigencia del seguro. La ausencia del certificado físico en el momento del accidente no liberará de responsabilidad a la aseguradora frente al siniestro. En caso de extravío del certificado de cobertura, la aseguradora, a solicitud del asegurado, expedirá un duplicado del mismo, sin costo alguno.

Cláusula 10ª (Contenido). El certificado individual de cobertura SOATC debe consignar la siguiente información:

1. Número de certificado.
2. Nombre completo del asegurado.
3. Número de cédula de identidad y lugar de expedición.
4. Ciudad de residencia.
5. Vigencia del seguro (inicio y término).
6. Monto de la prima (en moneda).

7. Número de contacto del asegurado.
8. Datos del asegurador y teléfonos de contacto.

Adicionalmente, en el reverso del mencionado certificado, se deberán reflejar las coberturas del SOATC, los capitales asegurados, las exclusiones, procedimiento en caso de siniestro y la documentación necesaria para la atención de reclamo, según la cobertura.

Cláusula 11ª (Documento portable SOATC). La entidad pública de seguros habilitada, además del certificado de cobertura SOATC, debe entregar a cada asegurado un documento portable que lo identifique, el cual permitirá verificar la cobertura y mínimamente debe contener: el nombre del asegurado, su número de cédula de identidad, la vigencia del seguro del SOATC adquirido (fecha de inicio y finalización de la vigencia) y el lugar de expedición.

Parte III: Obligaciones del asegurado

Cláusula 12ª (En caso de siniestro). El asegurado debe actuar diligentemente para prevenir la extensión de siniestros. Para tener derecho al amparo de la póliza y acceder al pago de la indemnización, el asegurado debe probar haber contratado el SOATC y renovarlo con la aseguradora, cuando hubiera concluido su vigencia.

Cláusula 13ª (Aviso de siniestro). El asegurado que sufra cualquier accidente de construcción o las personas que tengan interés legítimo, dentro de los quince (15) días calendario de tener conocimiento del siniestro, deben comunicar tal hecho a la aseguradora, salvo situaciones de fuerza mayor o impedimento debidamente justificado y presentado por escrito a la aseguradora.

Cláusula 14ª (Documentos necesarios). Para que proceda la indemnización de las coberturas otorgadas por el SOATC, el asegurado, sus familiares o los beneficiarios y/o de-rechohabientes, cuando corresponda, deberán presentar la siguiente documentación:

a. Para el caso de accidentes en el ámbito de la construcción con lesiones corporales:

- Copia simple del documento que identifique al accidentado.
- Original de Declaración Jurada del Contratante y/o Subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante Notario de Fe Pública, en la cual se señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el accidente de construcción, indicando el nombre del trabajador o trabajadora de la construcción accidentado(a).
- Original o copia legalizada de certificado médico (este documento podrá ser reemplazado por un informe médico, cuando exista impedimento justificado o causales de fuerza mayor).
- Original de facturas o recibos.

b. Para el caso de accidentes en el ámbito de la construcción con incapacidad total permanente:

- Copia simple del documento que identifique al accidentado.
- Original de Declaración Jurada del Contratante y/o Subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante Notario de Fe Pública, en la cual se señale el día, hora, lugar y circunstancias en las cuales se produjo el accidente de construcción, indicando el nombre del trabajador o trabajadora de la construcción accidentado(a).
- Original o copia legalizada de dictamen de declaración de invalidez total permanente.
- Original de facturas o recibos.

c. Para el caso de accidentes en el ámbito de la construcción con muerte:

- Copia simple del documento que identifique a la trabajadora o trabajador de la construcción fallecido.
- Original del certificado de defunción o certificado del médico forense, que podrá ser reemplazado por un certificado médico, cuando exista impedimento justificado o causal de fuerza mayor.
- Original de declaración jurada del contratante y/o subcontratante o, en su defecto, de dos testigos, ante Notario de Fe Pública, en la cual se señale el día, hora, lugar y circunstancias en las cuales se produjo el accidente de construcción, indicando el nombre del trabajador o trabajadora de la construcción accidentado(a).
- Original de cédula de identidad o documento que identifique al beneficiario; y en caso de omisión de designación de beneficiario, original o copia legalizada del testimonio de aceptación de herencia y copia simple de certificado de ascendencia o descendencia del Servicio de Registro Cívico.
- Original de facturas o recibos (en caso de atención médica).

Parte IV: Procedimiento en caso de accidente

Cláusula 15ª (Atención médica). Cuando el centro médico no contare con equipos ni insumos necesarios para la atención de la víctima, la entidad aseguradora podrá pedir su traslado a otro centro, previa certificación del director del centro médico donde haya sido internado inicialmente el accidentado, de que este hecho no representa peligro alguno en su tratamiento.

El consentimiento del asegurado, de sus familiares, o de alguna otra persona que se encuentre en compañía del asegurado, deberá ser efectuado por escrito. Los acuerdos de tarifas médicas entre entidades aseguradoras y centros médicos privados, de ninguna forma comprometerán ni limitarán el servicio o calidad de la atención médica del accidentado.

Cláusula 16ª (Derecho a examen del accidentado). Producido el siniestro, la aseguradora tiene el derecho a que un médico contratado por su cuenta examine al asegurado lesionado o fallecido, con el objeto de establecer el origen, naturaleza y gravedad de las lesiones o causa de su muerte.

En caso de negativa expresa del asegurado accidentado o de sus derechohabientes o beneficiario designado a que la aseguradora realice dicho examen, ésta se verá imposibilitada de pronunciarse sobre la cobertura del siniestro en tanto no ejerza su derecho.

Los informes y dictámenes del médico contratado por la aseguradora son de su exclusiva responsabilidad y forman prueba preconstituida, necesaria para instaurar procesos civiles, penales o administrativos que correspondieren en caso de dolo, culpa o determinación interesada en perjuicio de terceros.

Cláusula 17ª (Determinación de la incapacidad total permanente): Cuando el asegurado o su representante legal soliciten la calificación de grado de la incapacidad a la Entidad Encargada de Calificar (EEC), creada mediante Decreto Supremo N.º 27824 de 3 de noviembre de 2004, la aseguradora está obligada a financiar su costo con recursos del capital asegurado remanente del accidentado. En caso de no existir recursos remanentes o que estos no fueran suficientes, el asegurado deberá cubrir o completar la cobertura de los costos de esta calificación.

La EEC, a efectos de pago de la indemnización por incapacidad total permanente del SOATC, emitirá el dictamen de calificación de grado de invalidez dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario de presentada la solicitud de calificación, de conformidad al Manual de Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MANECGI) del Manual Único de Calificación y normas conexas vigentes. El plazo de emisión del Dictamen de Calificación correrá a partir de que la EEC cuente con la información requerida sobre el accidentado.

La EEC debe notificar con el dictamen de calificación de grado de invalidez a la aseguradora y al accidentado, en un plazo no mayor a los cinco (5) días calendario de emitido el dictamen señalado. Contra el dictamen de calificación procederá el recurso de revisión que se formulará ante la APS, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación con el dictamen de calificación.

La APS emitirá la resolución administrativa correspondiente al recurso de revisión señalado en el párrafo precedente, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario desde la presentación de la solicitud.

Frente a esta resolución procederá el recurso de revocatoria y el recurso jerárquico cuando corresponda, bajo el procedimiento establecido para el sistema de regulación financiera. La APS solamente emitirá criterio en instancia de revisión sobre aspectos técnico-médicos del dictamen de invalidez, mediante resolución expresa.

Cláusula 18ª (Formas de indemnizar): El pago de los capitales asegurados del SOATC debe realizarse de manera incondicional, siendo improcedente cualquier excepción que la entidad aseguradora pueda alegar contra el asegurado, salvo las exclusiones establecidas en la presente póliza. De acuerdo con las coberturas del SOATC, el pago de los capitales asegurados se efectuará de la siguiente forma:

- a. **Gastos médicos:** El pago se realizará en forma directa al Establecimiento de Salud que acredite haber prestado sus servicios al asegurado. Sin embargo, en caso de que el asegurado o cualquier persona relacionada con el accidentado efectúe el pago por fuerza mayor, la aseguradora debe reembolsar dichos gastos. El monto de estos gastos se determinará considerando que las tarifas de atención médica para los Establecimientos de Salud que atiendan víctimas de accidentes cubiertas con el SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) serán las mismas que se encuentran previstas y reguladas por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial para el Seguro.
- b. **Incapacidad total permanente:** La indemnización se pagará directamente al asegurado o a su representante legal debidamente acreditado para tal efecto.
- c. **Muerte:** Se indemnizará al beneficiario designado en el certificado de cobertura de la póliza del SOAT. En caso de no existir tal nominación, la indemnización se hará efectiva a los herederos legales del asegurado de acuerdo a la prelación y con las formalidades dispuestas por ley.

Cláusula 19ª (Depósito judicial): En caso de existir conflicto de intereses en el pago del beneficio emergente del fallecimiento del asegurado, la aseguradora hará efectiva la indemnización mediante un depósito judicial, en el mismo plazo determinado para la indemnización, computable a partir de la evidencia de dos o más reclamos por la indemnización que genere un conflicto de intereses ante la aseguradora. El pago de la indemnización también se hará efectivo mediante depósito judicial en el plazo señalado, cuando en el procedimiento de pago se presenten problemas de orden legal que pudieran generar controversias judiciales.

Cláusula 20ª (Prescripción): En caso de muerte, los beneficios del Seguro de Accidentes no reclamados prescriben en favor del Estado, en el término de cinco años, a contar de la fecha en que el beneficiario conozca la existencia del beneficio a su favor.

Cláusula 21ª (Demora en el incumplimiento del pago de la indemnización): Si cumplido el plazo de los quince (15) días hábiles siguientes a la recepción de los documentos necesarios para el pago de la indemnización, la entidad aseguradora a cargo del pago no efectiviza la misma, será objeto del recargo de intereses sobre el capital no pagado entre la fecha límite de pago y la fecha de pago efectivo. Estos intereses se calcularán diariamente aplicando la tasa bancaria activa comercial promedio nominal utilizada para créditos en moneda nacional, publicada por el Banco Central de Bolivia. Independientemente de lo descrito en el párrafo anterior, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), en uso de sus atribuciones, aplicará las sanciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la Ley N.º 1883 y sus reglamentos, pudiendo inclusive disponer la suspensión temporal de realizar determinadas actividades y operaciones.

4.4 Certificado de cobertura

Es un documento físico o digital que acredita la contratación, cobertura y vigencia del SOATC, el cual es emitido por la aseguradora para cada asegurado. Establece la vigencia, las coberturas y exclusiones, además de contener los datos de identificación del asegurado. La aseguradora, tanto si emite su certificado en forma física o digital, debe contar con una plataforma tecnológica en línea que permita a cualquier persona, en cualquier momento, verificar la vigencia y cobertura del SOATC.

La ausencia del certificado físico en el momento del accidente no liberará de responsabilidad a la aseguradora frente al siniestro.¹⁵

El certificado individual de cobertura SOATC debe consignar la siguiente información:

- Numero de certificado.
- Nombres y apellidos del asegurado.
- Número de cédula de identidad del asegurado y lugar de expedición.
- Ciudad de residencia.
- Vigencia establecida: inicio y término.
- Monto de la prima en moneda.
- Número de celular y/o teléfono fijo o celular de referencia.
- Razón social, domicilio del asegurador y teléfonos de contacto.

¹⁵ Resolución administrativa 025, Anexo, cláusula 10.

En ese sentido, éste es el texto único y uniforme aprobando mediante resolución administrativa para el documento de certificado de cobertura.

**CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO OBLIGATORIO
DE ACCIDENTES DE LA TRABAJADORA Y EL TRABAJADOR
EN EL ÁMBITO DE LA CONSTRUCCIÓN - SOATC**

**CÓDIGO DE REGISTRO APS...
CERTIFICADO N.º**

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y nombres del asegurado:
Número de C.I. y lugar de expedición:
Dirección:
Ciudad o población:
Teléfono y/o celular:
Correo electrónico:

BENEFICIARIO

Para la cobertura de muerte, será(n) la(s) persona(s) designada(s) por el asegurado.

VIGENCIA

Vigencia de la cobertura: Desde las 00:01 del --/--/2-- hasta las 24:00 del --/--/2--
Ciudad de contratación:

INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Razón social:
Dirección:
Teléfono:
Fax:
Email:
Página Web:

EL PRESENTE CERTIFICADO DE COBERTURA FORMA PARTE INTEGRANTE E INSEPARABLE DE LA PÓLIZA DEL SOATC, EN CALIDAD DE CONDICIONES PARTICULARES DE LA MISMA, Y EN CONSTANCIA DE LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO SEÑALADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO: El SOATC tendrá un periodo de vigencia de doce meses, con vigor desde las cero horas del día siguiente de la fecha de contratación del SOATC.

COBERTURAS Y CAPITAL ASEGURADOS: La aseguradora debe garantizar las siguientes prestaciones a cada asegurado, accidentado, por cada accidente, de acuerdo a las siguientes coberturas y valores asegurados:

COBERTURA	CAPITAL ASEGURADO
Gastos médicos	Hasta Bs. 7.000 (Siete mil 00/100 Bolivianos)
Incapacidad total permanente	Bs. 70.000 (Setenta mil 00/100 Bolivianos)
Muerte	

CONDICIONES DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE LA TRABAJADORA Y EL TRABAJADOR EN EL ÁMBITO DE LA CONSTRUCCIÓN-SOATC

Objeto. En virtud del presente contrato, el ASEGURADOR señalado en el certificado correspondiente, en consideración al pago de la prima efectuado por el asegurado, cubre los riesgos descritos dentro del Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el ámbito de la Construcción (SOATC) establecidos en la Ley N.º 1155, de 12 de marzo de 2019 y el D.S. N.º 4058, de 15 de octubre de 2019, en los términos y condiciones fijados por ésta póliza.

Acumulación de capital asegurado. Las indemnizaciones por gastos médicos, muerte y/o incapacidad total permanente son acumulables. Los gastos de transporte, identificación, hospitalización, gastos funerarios y otros relacionados atención del accidentado serán cubiertos como parte de las indemnizaciones descritas en los capitales asegurados. Una vez liquidados los gastos médicos, el accidentado fallece o queda totalmente incapacitado a consecuencia del mismo accidente, la aseguradora pagará la indemnización por la cobertura de muerte o incapacidad total permanente, sin deducción alguna de los gastos médicos. Estos gastos serán debidamente documentados y calculados, considerando que las tarifas de atención médica para los establecimientos de salud que atiendan. Víctimas de accidentes cubiertas con el SOATC, serán las mismas que se encuentran previstas y reguladas por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Obligaciones del asegurado

Contratación: Es obligación del asegurado contratar el SOATC y llevar consigo el documento portable para su correspondiente control.

Renovación: Antes de la finalización del periodo de vigencia de la Póliza Única del SOATC, toda trabajadora o trabajador de la construcción deberá renovar su póliza, a fin de contar con la cobertura del SOATC de forma continua e ininterrumpida.

Pago de la prima: Al momento de contratar el seguro, el asegurado debe pagar la prima total, al contado.

En caso de siniestro: Para tener derecho al amparo de la póliza, y acceder al pago de la indemnización el asegurado debe probar haber contratado el SOATC y renovarlo con la aseguradora, cuando hubiera concluido su vigencia.

Aviso de siniestro: El asegurado que sufra cualquier accidente de construcción o las personas que tengan interés legítimo, dentro los quince (15) días calendario de tener conocimiento del siniestro, deben comunicar tal hecho a la aseguradora, salvo situaciones de fuerza mayor, impedimento debidamente justificado y presentado por escrito a la aseguradora.

Documentos necesarios: Para que proceda la indemnización de las coberturas otorgadas por el SOATC, el asegurado, sus familiares o los beneficiarios y/o derechohabientes, cuando corresponda, deberán presentar como mínimo la siguiente documentación:

1. Copia simple del documento que identifique al accidentado y/o fallecido (para todas las coberturas).
2. Original de declaración jurada del contratante y/o subcontratante, o su defecto de dos testigos, ante notario de fe pública, en la cual señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el Accidente de construcción, indicando el nombre del trabajador o trabajadora de la construcción accidentado(a) (para todas las coberturas).
3. Original o copia legalizada de certificado médico, este documento podrá ser reemplazado por un informe médico, cuando exista impedimento justificado o causales de fuerza mayor (para la cobertura de gastos médicos).
4. Original de facturas o recibos (para la cobertura de gastos médicos).
5. Original o copia legalizada de dictamen de declaración de invalidez total permanente (para la cobertura de incapacidad total permanente).
6. Original del certificado de defunción o certificado del médico forense, que podrá ser reemplazado por un certificado médico, cuando exista impedimento justificado o causal de fuerza mayor (para la cobertura de muerte).
7. Original de cédula de identidad o documento que identifique al beneficiario; y en caso de omisión de designación de beneficiario, original o copia legalizada del testimonio de aceptación de herencia y copia simple de certificado de ascendencia o descendencia del Servicio de Registro Cívico (para la cobertura de muerte).

Procedimiento en caso de accidente: En caso de ocurrir un accidente en el ámbito de la construcción, el asegurado debe ser trasladado al establecimiento de salud más próximo al lugar donde se encuentre. Las personas lesionadas o los derechohabientes de las personas fallecidas tienen derecho a cobrar la indemnización proveniente del SOATC de acuerdo a la presente póliza, y al D.S. N.º 4058 que reglamenta el SOATC.

Atención médica: Cuando el centro médico no cuente con equipos ni insumos necesarios para la atención de la víctima, la entidad aseguradora podrá pedir su traslado a otro centro, previa certificación del director del centro médico donde haya sido internado inicialmente el accidentado, de que este hecho no representa peligro alguno en su tratamiento. El consentimiento del asegurado, de sus familiares, o de alguna otra persona que se encuentre en compañía del asegurado, deberá ser efectuado por escrito.

Formas de indemnizar: El pago de los capitales asegurados del SOATC debe realizarse de manera incondicional, siendo improcedente cualquier excepción que la entidad aseguradora pueda alegar contra el asegurado, salvo las exclusiones establecidas en la presente póliza.

Gastos médicos: El pago se realizará en forma directa al establecimiento de salud que acredite haber prestado sus servicios al asegurado; sin embargo, en caso de que el asegurado o cualquier persona relacionada con el accidentado efectúe el pago por fuerza mayor, la aseguradora debe reembolsar dichos gastos. El monto de estos gastos se determinará considerando que las tarifas de atención médica para los establecimientos de salud que atiendan víctimas de accidentes cubiertas con el SOATC, serán las mismas que se encuentran previstas y reguladas por el Ministerio de Salud mediante resolución ministerial para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Incapacidad total permanente: La indemnización se pagará directamente al asegurado o a su representante legal debidamente acreditado para tal efecto.

Muerte: Se indemnizará al beneficiario designado en el certificado de cobertura de la póliza del SOATC, y en caso de no existir tal nominación, la indemnización se hará efectiva a los herederos legales del asegurado de acuerdo a la prelación y con las formalidades dispuestas por ley.

Depósito judicial: En caso de existir conflicto de intereses en el pago del beneficio emergente del fallecimiento del asegurado, la aseguradora hará efectiva la indemnización mediante un depósito judicial, en el mismo plazo determinado para la indemnización, computable a partir de la evidencia de dos o más reclamos por la indemnización que genere un conflicto de intereses ante la aseguradora.

Prescripción: En caso de muerte, los beneficios del Seguro de Accidentes no reclamados, prescriben en favor del Estado, en el término de cinco años, a contar de la fecha en que el beneficiario conozca la existencia del beneficio en su favor.

Exclusiones: Quedan excluidos de la cobertura del SOATC, los casos de lesiones corporales o muerte ocurridas o causadas por encontrarse en las siguientes circunstancias:

- a. Fuera del territorio nacional;
- b. En estado de ebriedad;
- c. Bajo efecto de drogas, narcóticos y otros alucinógenos;
- d. Por suicidio o lesiones autoinferidas;
- e. Fuera de la obra de construcción.

También se encuentran excluidos de la cobertura del SOATC, los tratamientos por efectos secundarios postaccidentes como cirugías plásticas, tratamientos psicológicos y prótesis no funcionales a excepción de cirugías reconstructivas y prótesis funcionales internas.

4.5 Obligaciones de la entidad pública de seguros

La entidad pública de seguros habilitada tiene una serie de responsabilidades fundamentales para asegurar el adecuado funcionamiento del SOATC. Estas responsabilidades abarcan desde la venta y entrega de documentos hasta la atención al cliente, la actualización de información y el cumplimiento de la normativa vigente.

4.5.1 Venta y documentación

La entidad debe ofrecer el SOATC a todos los trabajadores de la construcción mayores de edad que lo soliciten, asegurando que reciban información detallada sobre las coberturas y beneficios del seguro. Este proceso de venta debe adherirse a los procedimientos establecidos y cumplir con las normativas vigentes, garantizando que los interesados tomen decisiones informadas al momento de adquirir el seguro.

Es crucial proporcionar al asegurado el certificado de cobertura y los documentos portables del SOATC de manera clara y precisa, con toda la información relevante sobre las condiciones del seguro, para que el asegurado pueda acceder a los servicios cuando sea necesario y cumpla con los requisitos legales establecidos.

4.5.2 Comunicación con el asegurado

Es obligatorio informar por escrito al accidentado, su apoderado, beneficiarios y derechohabientes sobre el monto del capital asegurado utilizado y el saldo remanente. La información debe ser clara y detallada, de manera que todas las partes comprendan la situación

financiera relacionada con el seguro. Esta comunicación debe ser entregada dentro de un plazo máximo de tres (3) días hábiles administrativos desde que la información esté disponible, cumpliendo con los plazos establecidos por las normativas vigentes.

4.5.3 Atención al cliente

Es necesario mantener sucursales, agencias y oficinas operativas en las nueve (9) capitales de departamento durante todo el año, asegurando que todos los usuarios del seguro tengan acceso constante a cobertura y atención en todas las regiones. Las instalaciones deben estar disponibles para gestionar consultas, solicitudes y trámites relacionados con el seguro, garantizando que los asegurados puedan acceder a servicios de manera eficiente y sin restricciones geográficas.

Se debe contar con una línea gratuita de atención al cliente disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, ofreciendo soporte inmediato a los asegurados y solucionando sus inquietudes. También es clave utilizar redes sociales y otros canales de comunicación modernos para interactuar con los usuarios, facilitando un acceso ágil a la información y los servicios requeridos.

4.5.4 Actualización y reporte

Es imprescindible enviar a la APS un listado actualizado de los puntos de atención a nivel nacional, que incluya detalles, como dirección georreferenciada, números de teléfono, correos electrónicos y los datos del responsable regional de cada punto. Este listado debe ser actualizado regularmente y enviado a la APS con un mínimo de cinco (5) días hábiles administrativos de anticipación, asegurando que la información esté disponible y actualizada tanto para los usuarios como para la supervisión. Además, la entidad debe cumplir con el envío puntual de toda la documentación y los reportes establecidos en el reglamento vigente, garantizando el cumplimiento de las normativas y la transparencia en las operaciones del seguro.

4.5.5 Educación y publicidad

Es necesario llevar a cabo campañas trimestrales de educación e información sobre el SOATC a nivel nacional, para garantizar que la población esté debidamente informada sobre las características, beneficios y la importancia de este seguro. Estas campañas deben llegar a diversos sectores a través de distintos medios de comunicación, promoviendo la conciencia sobre la necesidad de contar con el SOATC para la protección de los trabajadores de la construcción.

La entidad debe implementar de manera continua campañas de publicidad para informar a la población sobre la obligatoriedad, las coberturas y la vigencia del SOATC, así como sobre la responsabilidad del contratante, en cumplimiento con la Ley N.º 1155 y el Decreto Supremo N.º 4058. Estas campañas deben asegurar que los ciudadanos comprendan tanto la obligación legal como las ventajas de contar con este seguro, fomentando la inscripción y renovación oportuna.

4.5.6 Cumplimiento legal

La entidad debe asegurarse de cumplir con todas las disposiciones legales, reglamentarias y regulatorias vigentes, así como aquellas por emitirse, relacionadas con el SOATC. Este cumplimiento es esencial para garantizar que el seguro se mantenga en conformidad con las leyes y normativas del sector, asegurando la protección tanto de los asegurados como de la entidad misma.

5.1 Cobranza

5.2 Contabilidad

5.3 Reaseguro

5.4 Reservas de riesgo en curso

5.5 Inversiones

5.1 Cobranza

La gestión de cobranza del SOAT Constructor es un proceso esencial para garantizar la cobertura de los trabajadores en el ámbito de la construcción. A continuación, se presentan los pasos clave que las empresas deben seguir.

5.1.1 Cobro al momento de la contratación

Se debe realizar el pago del SOAT Constructor en su totalidad al momento de la contratación. Es fundamental que las empresas constructoras aseguren este pago antes de iniciar cualquier proyecto.

5.1.2 Puntos de venta autorizados

El seguro puede adquirirse en agencias de aseguradoras autorizadas, entidades financieras o plataformas digitales. El pago se puede realizar en efectivo o mediante transferencias bancarias.

5.1.3 Emisión de certificados

Tras el pago, se emite un certificado que acredita la cobertura del seguro. Este documento debe ser presentado ante las autoridades laborales o de construcción como prueba de cumplimiento normativo.

5.1.4 Monitoreo y control de vigencia

Las empresas constructoras tienen la responsabilidad de garantizar que el seguro permanezca vigente durante toda la duración del proyecto. Se llevarán a cabo inspecciones por parte de las autoridades para verificar que todos los trabajadores estén debidamente cubiertos.

5.1.5 Renovación y ampliación de cobertura

En caso de que un proyecto de construcción se extienda más allá de la vigencia inicial del seguro, es necesario que la empresa renueve o amplíe la cobertura mediante el pago de las primas correspondientes.

5.1.6 Sanciones por incumplimiento

La falta de contratación o renovación del SOAT Constructor puede resultar en sanciones para la empresa, que incluyen multas administrativas y la suspensión de actividades laborales hasta que se regularice la situación.

La gestión de cobranzas en seguros de personas es fundamental para garantizar el flujo de ingresos y la estabilidad financiera de la aseguradora. Este proceso abarca desde la identificación de cuentas por cobrar y la clasificación de deudores, hasta la comunicación efectiva, la oferta de planes de pago y el seguimiento continuo. En casos de incumplimiento, se aplican medidas como el escalamiento de casos a agencias de cobranza. Este enfoque asegura una recuperación eficiente de deudas y una mejora continua del proceso (para mayor información, véase el apartado “Cobranzas”, del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

5.2 Contabilidad

5.2.1 Producción nueva

Corresponde al proceso en el cual un cliente adquiere por primera vez una póliza de este tipo, sin haber estado previamente asegurado bajo esta cobertura. Esto implica que es la primera vez que el cliente obtiene protección frente a riesgos.

Tabla 5
Asiento contable producción nueva

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.94.56	1.02.011.94.56	Prima por cobrar	0000,00	
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	Débito fiscal no corriente		0000,00
4.01.011.94.56	4.01.011.94.56.01	Prima técnica		0000,00
4.01.041.94.56	4.01.041.94.56.01	Primas adicionales		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.56	Capitales asegurados deudoras	0000,00	
7.01.011.01.94	7.01.011.01.94.56	Capitales asegurados acreedoras		0000,00

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	Aporte mensual APS	0000,00	
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	Aporte trimestral FPA	0000,00	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	Aporte mensual APS		0000,00
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	Aporte trimestral FPA		0000,00
5.08.011.94.56	5.08.011.94.56.01	Constitución RRC SOATC m.n.		0000,00
2.04.011.94.56	2.04.011.94.56.01	Saldo RRC SOATC m.n.	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.2.2 Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada)

Es preciso tomar en cuenta el asiento contable de la aplicación tributaria, conforme las cuentas y los detalles que se señalan a continuación.

Tabla 6
Asiento contable aplicación tributaria

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	Débito fiscal no corriente	0000,00	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	Débito fiscal corriente		0000,00
5.21.041.01.01	5.21.041.01.01	Gasto impuesto a las transacciones	0000,00	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	Impuesto a las transacciones		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.2 Reservas de riesgo en curso

Para registrar los fondos destinados a cubrir posibles siniestros futuros derivados de las pólizas en vigor. La reserva de riesgo se calcula con base en la estimación de las obligaciones que la compañía deberá enfrentar por los riesgos asumidos, garantizando así que dispone de los recursos necesarios para cumplir con sus compromisos frente a los asegurados en caso de que ocurra un evento cubierto por la póliza.

Tabla 7
Asiento contable reserva riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.94.56	2.04.011.94.56.01	Saldo RRC SOATC m.n.	0000,00	
4.08.011.94.56	4.08.011.94.56.01	Liberación RRC SOATC m.n.		0000,00
			0000,00	0000,00

5.2.4 Capitales asegurados a fin de vigencia

Se refiere al valor total de las sumas aseguradas al momento en que la póliza alcanza el término de su vigencia, en este caso, el 30/06/2025. Este valor representa la cobertura máxima que la aseguradora mantiene para los asegurados hasta esa fecha.

Tabla 8
Asiento contable capitales asegurador

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.94	7.01.011.01.94.56	Capitales asegurados-deudoras		0000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.56	Capitales asegurados-acreedoras	0000,00	
			0000,00	0000,00

5.3 Reservas de riesgo en curso

Las reservas de riesgo en curso son provisiones que las aseguradoras crean para cubrir las obligaciones futuras de las pólizas de seguros activas. Estas reservas son cruciales para mantener la solvencia y la estabilidad financiera de la empresa aseguradora, permitiendo la gestión adecuada de los riesgos asociados con posibles siniestros que puedan surgir durante la vigencia de los contratos.

En este contexto, se aplicará el método de los veinticuatroavos para seguros con cobertura de un año. Este método consiste en prorratear el riesgo a lo largo del periodo de cobertura, de manera que se distribuyan las primas cobradas en partes proporcionales a los meses de cobertura. Por lo tanto, cada mes se reconoce un veinticuatroavo de la prima como reserva, lo que permite que las aseguradoras cuenten con fondos adecuados para hacer frente a las reclamaciones a medida que se producen. Este método, descrito en el apartado “Reservas de riesgo en curso” del documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1, es esencial para asegurar que las reservas sean suficientes para cubrir las eventualidades durante el año asegurado.

5.4 Inversiones

La gestión de inversiones en seguros de personas es un procedimiento genérico que no se desarrolla de manera específica para cada ramo de seguros. Este proceso se enfoca en maximizar la rentabilidad, asegurar la liquidez y garantizar la seguridad de los fondos administrados. Las inversiones se realizan a partir de las reservas técnicas, el margen de solvencia y las retenciones a reaseguradores, siempre bajo la supervisión de la autoridad reguladora (para obtener más información sobre este punto, véase el apartado “Inversiones” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

Siniestros 06

6.1 Atención de siniestros

6.2 Indemnización

6.3 Reservas técnicas para siniestros

Siniestro

Se define como el evento en el que el asegurado sufre muerte por cualquier causa o invalidez total y permanente como consecuencia de enfermedad o accidente. Esto incluye situaciones relacionadas con el ámbito de la construcción y accidentes laborales cubiertos por el SOATC.

6.1 Atención de siniestros

6.1.1 Comunicación del siniestro

El asegurado o las personas con interés legítimo deben comunicar el siniestro a la aseguradora en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que tuvieron conocimiento del evento. Este plazo puede ampliarse en situaciones de fuerza mayor o impedimentos debidamente justificados.¹⁶

¹⁶ Decreto Supremo 4058, Artículo 16.

6.1.2 Numeración correlativa

Cada nuevo reclamo de siniestro denunciado a la entidad pública de seguros debe estar registrado con una numeración correlativa.¹⁷

- Se reinicia al comienzo de cada gestión.
- Está diferenciado por departamento, abarcando todo el ámbito nacional.

6.1.3 Formulario de denuncia de siniestro

Toda denuncia, ya sea oral o escrita, debe ser formalizada mediante un formulario de denuncia de siniestro SOATC. Este formulario debe contener, como mínimo, la siguiente información:

<p>a. Datos generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha de la denuncia.• Datos del denunciante: nombre del denunciante y teléfono de contacto.• Medio por el cual se realizó la denuncia.	<p>b. Información del asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombres y apellidos completos.• Cédula de identidad.	<p>c. Detalles del siniestro:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha del siniestro.• Hora aproximada del siniestro.• Descripción del siniestro.• Centro médico al cual fue trasladado el asegurado.
---	---	--

El Formulario de Denuncia SOATC será diseñado por la entidad aseguradora y debe estar disponible para ser completado sin la exigencia de otros documentos previos. El formulario es la base inicial para el procesamiento del siniestro.¹⁸

6.1.4 Control de siniestros

Formulario de control de siniestro SOATC

Cada carpeta de siniestro debe incluir un formulario de control de siniestro SOATC que se mantendrá actualizado por el personal designado de la aseguradora. Este formulario debe detallar los siguientes elementos:¹⁹

17 Resolución administrativa 1820, Artículo 29.

18 Resolución administrativa 1820, Artículo 30.

19 Ver anexos 1 y 2.

a. Información básica:

- Número del certificado de cobertura.
- Fecha de aviso de siniestro.
- Número asignado al siniestro.

b. Documentación presentada:

Detalle de documentos presentados, como copias de la identificación, declaración jurada, certificado médico y facturas o recibos, según la cobertura solicitada (gastos médicos, incapacidad total permanente o muerte).

Este formulario es clave para la trazabilidad y control del siniestro, asegurando que toda la documentación esté debidamente registrada y actualizada.

Carpeta de siniestros

Para cada siniestro denunciado, la aseguradora debe constituir una carpeta de siniestro que contendrá cronológicamente toda la documentación relevante del caso, incluyendo:²⁰

- Formulario de denuncia de siniestro SOATC.
- Formulario de control de siniestro SOATC.
- Formulario de control de siniestro SOATC.
- Documentación recepcionada, con sellos de fecha de recepción.
- Notas enviadas al asegurado o sus beneficiarios con observaciones o solicitudes de documentación faltante.
- Informes médicos relacionados con la atención del asegurado.
- Copias de facturas y proformas de los establecimientos de salud, así como la liquidación del siniestro y la documentación contable que respalde el pago.
- Cualquier otra información que la aseguradora considere relevante.

6.1.5 Recepción de documentación***Constancia de recepción de documentación***

Todo documento entregado a la aseguradora ya sea por parte de beneficiarios, asegurados o establecimientos de salud, debe llevar un sello de recepción que indique la fecha de su entrega. La aseguradora debe implementar un registro con la fecha de aviso del siniestro, el número del siniestro y la documentación recibida.²¹

²⁰ Resolución administrativa 1820, Artículo 32.

²¹ Resolución administrativa 1820, Artículo 33.

Deber de información

La aseguradora tiene la obligación de informar al asegurado o sus beneficiarios sobre:

- Los documentos necesarios para tramitar la indemnización.
- Cualquier observación sobre la documentación presentada, la cual debe ser comunicada dentro de un plazo de diez (10) días hábiles administrativos tras la recepción de los documentos.²²

6.1.6 Evaluación y auditoría médica

Auditores médicos

La aseguradora debe contar con una planilla de auditores médicos a nivel nacional, designados y remitidos a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS). Cualquier cambio en la planilla debe ser comunicado a la APS dentro de los cinco (5) días hábiles administrativos.²³

Lugar de atención del siniestro

Los siniestros pueden ser atendidos en cualquiera de los puntos de atención al cliente de la aseguradora a nivel nacional, sin importar el lugar de ocurrencia del evento.

Derecho de examen del asegurado

La aseguradora tiene derecho a solicitar un examen médico del asegurado o fallecido, realizado por un médico contratado por la aseguradora, con el fin de evaluar la naturaleza y gravedad de las lesiones o la causa de muerte. Si el asegurado o sus familiares rechazan este examen, la aseguradora se verá imposibilitada de pronunciarse sobre la cobertura del siniestro.

Los informes y dictámenes del medio acreditado por la aseguradora son de exclusiva responsabilidad y forman prueba preconstituida necesaria para procesos civiles, penales o administrativos.

6.1.7 Coberturas y documentación necesaria²⁴

Cobertura de gastos médicos

- Copia del documento de identificación del accidentado.
- Original de declaración jurada del contratante o, en su defecto, de dos (2) testigos

²² Resolución administrativa 1820, Artículo 34.

²³ Resolución administrativa 1820, Artículo 36.

²⁴ Decreto Supremo 4058, Artículo 17.

ante notario de fe pública, que señale hora, día, lugar y circunstancias del accidente de construcción con nombre del trabajador o trabajadora accidentada.

- Certificado médico o informe médico justificando la atención.
- Facturas o recibos originales.

Cobertura de incapacidad total permanente

- Copia de identificación del accidentado.
- Original de declaración jurada del contratante o, en su defecto, de dos (2) testigos ante notario de fe pública, que señale hora, día, lugar y circunstancias del accidente de construcción con nombre del trabajador o trabajadora accidentada.
- Original o copia legalizada de dictamen de invalidez total permanente.
- Facturas o recibos originales.

Cobertura de muerte

- Copia de la identificación del accidentado.
- Certificado de defunción o médico forense (éste podrá ser reemplazado por un certificado médico, en casos justificados o de fuerza mayor).
- Declaración jurada del contratante o, en su defecto, de dos (2) testigos ante notario de fe pública, que señale hora, día, lugar y circunstancias del accidente de construcción con nombre del trabajador o trabajadora accidentada.
- Documento de identificación del beneficiario o testimonio de aceptación de herencia, en caso de no haber designado un beneficiario.
- Facturas o recibos originales (en caso de atención médica).

6.1.8 Determinación de incapacidad total permanente

La aseguradora debe financiar el costo de la calificación de grado de invalidez total permanente con recursos del capital asegurado remanente. En caso de no existir recursos remanentes o de que no fueran suficientes, el asegurado deberá cubrir o completar la cobertura de los costos del mismo.

La Entidad Encargada de Calificar (EEC) debe emitir el dictamen en conformidad al MANE-CGI del Manual Único de Calificación y normas conexas vigentes, en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario. El plazo de emisión del dictamen de calificación correrá a partir de que la EEC cuente con la información requerida sobre el accidentado

La EEC debe notificar con el dictamen de calificación de Grado de Invalidez a la aseguradora y al accidentado, en un plazo no mayor a los cinco (5) días calendario de emitido el dictamen señalado.

Contra el dictamen de calificación procederá el recurso de revisión que se formulará ante la APS, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación con el dictamen de calificación.

La APS emitirá la resolución administrativa correspondiente al recurso de revisión señalado en el párrafo precedente, dentro de los 45 días calendario desde la presentación de la solicitud. Frente a esta resolución procederá el recurso de revocatoria y el recurso jerárquico cuando corresponda, bajo el procedimiento establecido para el sistema de regulación financiera.

La APS solamente emitirá criterio en instancia de revisión sobre aspectos técnico-médicos del dictamen de invalidez, mediante resolución expresa.²⁵

Centros médicos

Los establecimientos de salud están obligados a realizar el test de alcoholemia al accidentado cuando éste sea ingresado a sus instalaciones, cuyo costo será asumido por el SOATC. La omisión del análisis no será causal de rechazo de cobertura por la aseguradora.

Todo establecimiento de salud que preste atención a un accidentado, está obligado a identificar al asegurado y dar aviso inmediatamente a la aseguradora. La omisión de este aviso no constituirá causal de rechazo del siniestro por parte de la aseguradora.

La verificación de la cobertura del SOATC por parte de los establecimientos de salud, a través del certificado emitido por la aseguradora o la plataforma tecnológica en línea diseñada para tal efecto u otros medios que pudiera establecer reglamentariamente la APS, es suficiente garantía de pago. Consecuentemente ningún establecimiento de salud podrá retener indebidamente al paciente una vez que ha concluido su tratamiento médico.

Todo establecimiento de salud tiene la obligación de permitir el ingreso de los profesionales médicos acreditados por la aseguradora para verificar los servicios otorgados al paciente a cargo del SOATC, así como franquear el acceso a toda documentación e información al respecto, emitiendo el informe médico que contenga diagnóstico de internación.

La administración o dirección del establecimiento de salud, bajo responsabilidad funcionaria, deberá remitir el certificado médico que contenga el tratamiento y condiciones de alta (epicrisis²⁶), emitida por el médico tratante y fotocopia de la historia clínica del paciente a la aseguradora.

El establecimiento de salud que atienda a accidentados del SOATC y que proporcione información inconsistente o tergiversada será pasible a la acción legal correspondiente.

²⁵ Decreto Supremo 4058, Artículo 19.

²⁶ La "epicrisis" es un resumen médico que se hace al final de una hospitalización.

Atención médica

Cuando el centro médico no cuente con equipos ni insumos necesarios para la atención de las víctimas, la aseguradora podrá pedir su traslado a otro centro médico, previa verificación del director del centro médico donde haya sido internado inicialmente el accidentado sin que se tenga peligro alguno en su tratamiento. El consentimiento del asegurado de sus familiares o de alguna otra persona debe ser por escrito.

Los acuerdos de tarifas médicas entre entidades aseguradoras y centros médicos privados, de ninguna forma comprometerán ni limitarán el servicio o calidad de la atención medica del accidentado (R.A. 25, anexo, cláusula 15).

6.1.9 Rechazo del siniestro

La aseguradora tiene un plazo de quince (15) días hábiles administrativos siguientes a la fecha de presentación de toda la documentación requerida, para pronunciarse sobre el rechazo de un siniestro que no cumpla con las condiciones de cobertura o que esté excluido del SOATC. Si la notificación con la nota de rechazo del siniestro fue realizada fuera del plazo establecido, el siniestro será considerado aceptado.²⁷

6.2 Indemnización

El SOATC cubre gastos médicos, rehabilitación y proporciona apoyo financiero en caso de fallecimiento del trabajador asegurado.

6.2.1 Documentos necesarios para pago de indemnización

Accidentes con lesiones corporales:	Accidentes con incapacidad total permanente:	Accidentes con muerte
<ul style="list-style-type: none"> • Copia simple que identifique al accidentado. • Declaración jurada del contratante/subcontratante o dos testigos. • Certificado o informe médicos. • Facturas o recibos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia simple que identifique al accidentado. • Declaración jurada del contratante/subcontratante o dos testigos. • Dictamen de declaración de invalidez total permanente. • Facturas o recibos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia simple del documento que identifique al fallecido. • Certificado de defunción o del médico forense. • Declaración jurada del contratante/subcontratante o dos testigos. • Documento de identificación del beneficiario o testimonio de aceptación de herencia. • Facturas o recibos.

6.2.2 Plazo para indemnización

La indemnización debe ser realizada dentro de los quince (15) días hábiles administrativos

²⁷ Resolución administrativa 1820, Artículo 97.

a partir de la presentación completa de los documentos necesarios.

6.2.3 Formas de indemnizar

El pago de los capitales asegurados del SOATC debe realizarse de manera incondicional, siendo improcedente cualquier excepción que la entidad aseguradora pueda alegar contra el asegurado, salvo las exclusiones establecidas en la póliza.

De acuerdo con las coberturas del SOATC, el pago de los capitales asegurados se efectuará de la siguiente forma:

Gastos médicos	Incapacidad total permanente:	Muerte:
El pago se realizará directamente al establecimiento de salud. Si el asegurado o un tercero paga debido a fuerza mayor, la aseguradora reembolsará dicho gasto basado en tarifas reguladas por el Ministerio de Salud.	La indemnización se pagará directamente al asegurado o a su representante legal debidamente acreditado para tal efecto.	La indemnización se hará al beneficiario designado en el certificado de cobertura. En caso de falta de designación, se pagará a los herederos legales de acuerdo con la ley.

6.3 Reservas técnicas para siniestros

La APS no brinda una normativa en la cual indique qué reservas se debe considerar y cómo se debe calcular cada reserva de siniestros. Sin embargo, en el marco de Plan Único de Cuentas (PUC) que brinda la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, se evidencia si las submodalidades del seguro de accidentes personales cuentan con reservas técnicas:

- Ocurridos y no reportados (Cuenta N.º 205.01M.94.56)
- Reclamados por liquidar (Cuenta N.º 205.02M.94.56)
- Controvertidos (Cuenta N.º 205. 03M. 94.56)

Además de ello, el PUC establece las siguientes cuentas:

- Siniestros por pagar (Cuenta N.º 202. 01M.94.56)
- Siniestros en mora (Cuenta N.º 202. 03M.94.56)

6.3.1 Reservas para siniestros ocurridos y no reportados SOATC

Es la estimación mensual del monto de los recursos que la entidad pública de seguros habi-

litada debe destinar para atender siniestros futuros que, a la fecha de cálculo de la reserva correspondiente, han ocurrido y no han sido reportados a la entidad.

El factor de reserva establecido en la fórmula será definido anualmente por la APS y comunicado a la entidad pública de seguros habilitada.

Con base en la la Resolución administrativa 114 del 4 de marzo de 2009 de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros, se dispone la modificación del factor de ajuste de la reserva de 16,03% del total de reserva para siniestros ocurridos no suficientemente reportados por invalidez para los riesgos común y profesional establecido en la RA SPVS 606/2008 a 8,33%.

La entidad pública de seguros habilitada debe llevar un registro de siniestros rechazados, en los cuales identifique fecha de suscripción, de denuncia, de rechazo y el motivo del mismo.²⁸

Tabla 9
Asiento contable reservas de siniestros ocurridos y no reportados

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.10.011.94.56		Ocurridos y no reportados	0000,00	
2.05.011.94.56		Ocurridos y no reportados		0000,00
			0000,00	0000,00

En cuanto a la liberación, el asiento contable toma la siguiente forma.

Tabla 10
Asiento contable liberación reservas de siniestros ocurridos y no reportados

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.05.011.94.56		RTS ocurridos y no reportados	0000,00	
4.10.011.94.56		Liberación RTS ocurridos y no reportados		0000,00
			0000,00	0000,00

6.3.2 Reservas de siniestros reclamados por liquidar

Esta reserva será constituida cuando la entidad pública de seguros habilitada reciba la denuncia del siniestro o cualquiera de los documentos previstos en el D.S. 4058.

En caso de que el asegurado esté herido, la reserva debe constituirse por el monto que mejor represente la estimación prudencial de los costos que demande el siniestro.

²⁸ Resolución administrativa 1820/2019, Artículo 41.

En caso de muerte del asegurado, la entidad pública de seguros debe constituir la reserva por el total de cobertura de muerte.²⁹

Tabla 11
Asiento contable reservas de siniestros reclamados por liquidar

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.10.021.94.56		Reclamados por liquidar	0000,00	
2.05.021.94.56		Reclamados por liquidar		0000,00
			0000,00	0000,00

En cuanto a la liberación, el asiento contable toma la forma señala a continuación.

Tabla 12
Asiento contable liberación reservas de siniestros reclamados por liquidar

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.05.021.94.56		RTS reclamados por liquidar	0000,00	
4.10.021.94.56		Liberación RTS reclamados por liquidar		0000,00
			0000,00	0000,00

6.3.3 Reserva para siniestro por pagar (SOATC)

Se efectuará por el valor de la indemnización a la fecha de recepción del último documento con el cual el asegurado o su(s) beneficiario(s) complementaron la totalidad de la documentación que debían presentar.³⁰

Tabla 13
Asiento contable reservas de siniestros reclamados por liquidar

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.11.011.94.56		Siniestros por pagar		0000,00
2.05.021.94.56		Siniestros liquidados y pagados	0000,00	
			0000,00	0000,00

²⁹ Resolución administrativa 1820/2019, Artículo 43.

³⁰ Resolución administrativa 1820/2019, Artículo 44.

6.3.4 Consideraciones

Según el PUC establecido por la APS, se contaría con la reserva de siniestros controvertidos (Cuenta N.º 205.03M.94.56), aunque el Reglamento Operativo del SOATC (R.A. 1820/2019) no menciona esta reserva.

Este último menciona la reserva para siniestros pendientes, pero el PUC sólo cuenta con el subgrupo de seguros previsionales (410,05M).

Por otra parte, según el PUC, establecido por la APS, se contaría con la reserva de siniestros en mora (Cuenta N.º 202.03M.94.56), sin embargo, el Reglamento Operativo del SOATC (R.A. 1820/2019) no menciona esta reserva.

Reportes 07

7.1 Reportes mensuales

7.2 Reporte de información técnica

7.3 Reporte de siniestralidad

7.1 Reportes mensuales

De acuerdo con lo estipulado en la Resolución administrativa 91 (punto primero), las entidades aseguradoras que gestionan seguros generales y seguros de personas deben remitir mensualmente a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) un archivo plano en formato ASCII con separador *pipe* (|). Este archivo debe contener las bases de datos correspondientes a las cuentas especificadas en el Plan Único de Cuentas (PUC) (si se requiere información adicional al respecto, véase el apartado “Reportes mensuales” en el documento *Regulación de los seguros de personas en Bolivia*, en el vol. 1).

7.2 Reporte de información técnica

La información referente a los partes de producción y siniestros del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito Colectivo (SOATC) debe ser presentada bajo la modalidad de seguros obligatorios, con el código de ramo 9456, cumpliendo con el formato y plazos establecidos por la normativa regulatoria vigente.³¹

³¹ Resolución administrativa 1820, Capítulo X, Artículo 47.

7.2.1 Reporte de información estadística SOATC

Las entidades públicas de seguros habilitadas deben enviar a la APS, de forma mensual, los reportes estadísticos de producción y siniestros relacionados con el SOATC. Estos deben ser remitidos considerando lo siguiente:

Plazo de entrega: Hasta el día 15 del mes siguiente al que corresponde la información o, en caso de ser inhábil, al siguiente día hábil.

Medios de envío:

- En formato físico.
- En formato electrónico (archivo Excel), enviado a la dirección de correo electrónico: soatc@aps.gob.bo.

Nota: Los reportes estadísticos deben cumplir estrictamente con el formato especificado por la APS, detallado en los anexos normativos correspondientes.

Tabla 14
Reporte estadístico de producción SOATC

Entidad pública de seguros:

Mes:

DEPARTAMENTO POR GÉNERO	NÚMERO DE PÓLIZAS	PRIMA NETA (BS.)
LA PAZ		
Trabajadora		
Trabajador		
COCHABAMBA		
Trabajadora		
Trabajador		
SANTA CRUZ		
Trabajadora		
Trabajador		
ORURO		
Trabajadora		
Trabajador		
POTOSÍ		
Trabajadora		
Trabajador		

DEPARTAMENTO POR GÉNERO	NÚMERO DE PÓLIZAS	PRIMA NETA (BS.)
CHUQUISACA		
Trabajadora		
Trabajador		
TARIJA		
Trabajadora		
Trabajador		
TOTAL NACIONAL		
Trabajadora		
Trabajador		

Tabla 15
Reporte estadístico monetario de siniestros SOATC

Entidad pública de seguros:

Mes:

DEPARTAMENTO POR GÉNERO	SINIESTROS POR GASTOS MÉDICOS	SINIESTROS POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	SINIESTROS POR MUERTE	TOTAL, GENERAL
LA PAZ				
Trabajadora				
Trabajador				
COCHABAMBA				
Trabajadora				
Trabajador				
SANTA CRUZ				
Trabajadora				
Trabajador				
ORURO				
Trabajadora				
Trabajador				
POTOSÍ				
Trabajadora				
Trabajador				
CHUQUISACA				
Trabajadora				
Trabajador				

DEPARTAMENTO POR GÉNERO	SINIESTROS POR GASTOS MÉDICOS	SINIESTROS POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	SINIESTROS POR MUERTE	TOTAL, GENERAL
TARIJA				
Trabajadora				
Trabajador				
TOTAL NACIONAL				
Trabajadora				
Trabajador				

Reporte estadístico monetario de siniestros SOATC

Entidad pública de seguros:

Mes:

DEPARTAMENTO POR GÉNERO	NÚMERO DE PÓLIZAS SINIESTRADAS
LA PAZ	
Trabajadora	
Trabajador	
COCHABAMBA	
Trabajadora	
Trabajador	
SANTA CRUZ	
Trabajadora	
Trabajador	
ORURO	
Trabajadora	
Trabajador	
POTOSÍ	
Trabajadora	
Trabajador	
CHUQUISACA	
Trabajadora	
Trabajador	
TARIJA	
Trabajadora	
Trabajador	
BENI	
Trabajadora	
Trabajador	

DEPARTAMENTO POR GÉNERO	NÚMERO DE PÓLIZAS SINIISTRADAS
PANDO	
Trabajadora	
Trabajador	
TOTAL NACIONAL	
Trabajadora	
Trabajador	

La información contenida en los reportes estadísticos de producción y siniestros del SOATC debe coincidir exactamente con la información contenida en los estados de resultados y partes de producción y siniestros mensuales presentados a la APS por la entidad pública de seguros habilitada.³²

7.3 Reporte de siniestralidad

Cumplida la vigencia del primer certificado de cobertura SOATC comercializado, la entidad pública de seguros habilitada debe remitir a la APS de forma mensual, hasta el día quince (15) del mes siguiente al que corresponde la información o al día siguiente hábil, un reporte de siniestralidad de cada certificado de cobertura SOATC vencido, información que será generada por su sistema y remitida en físico y electrónico (archivo Excel). Este último debe ser enviado a la dirección de correo electrónico soatc@aps.gob.bo

Entre la información que debe contener el reporte de siniestralidad SOATC debe figurar la siguiente información: número de certificado de cobertura, tomador, asegurado, fecha de siniestro, monto indemnizado por evento, fecha de pago, proveedor (establecimiento de salud) y otra información que genere su sistema.³³

Según los reportes que indica el reglamento del SOATC, la información referida arriba se debe presentar de manera mensual (según la R.A. 1820/2019, los señalados son los únicos reportes que se debe de presentar). En la R.A. 91/2015 se incluyen los formatos de reportes que se debe presentar, pero no corresponde al SOATC, ya que la resolución en cuestión se limita a los seguros personales, al entendido que no figuran los seguros obligatorios.

7.3.1 Reporte de fallecidos

La entidad pública de seguros habilitada debe remitir a la APS, de forma mensual, hasta el día quince (15) del mes siguiente al que corresponde la información o al siguiente hábil, el Reporte de fallecidos en accidente de construcción con documentación que respalde la infor-

³² Resolución administrativa 1820, Capítulo X, Artículo 48.

³³ Resolución administrativa 1820, Capítulo X, Artículo 49.

mación reportada, en formato físico y electrónico en formato Excel debiendo ser enviado a la dirección de correo electrónico soatc@aps.gob.bo en el formato mostrado a continuación:³⁴

Tabla 16
Reporte de fallecidos SOATC

Entidad pública de seguros:
Mes:

NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	N.º CÉDULA DE IDENTIDAD	EXPEDIDO EN	FECHA DE FALLECIMIENTO	DEPTO.	ACCIDENTADO (TRABAJADOR / TRABAJADOR)
1								
2								
3								

7.3.2 Reporte de siniestros

La entidad pública de seguros habilitada debe remitir el reporte de siniestros a la APS de forma trimestral, hasta el día quince (15) del mes siguiente al trimestre vencido o al día hábil siguiente, en formato físico y electrónico, en Excel. El reporte debe ser remitido a la siguiente dirección de correo electrónico: soatc@aps.gob.bo en el formato mostrado a continuación.³⁵

Tabla 17
Reporte de siniestros (información agregada de siniestros)

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS
REPORTE DE SINIESTROS
 Información agregada de siniestros

ENTIDAD PÚBLICA DE SEGUROS:
TRIMESTRE:

PERIODO	DEPTO.	COBERTURA	NÚMERO SINIESTROS PAGADOS EN EL MES	TIEMPO PROMEDIO INICIO AVISO EN DÍAS	TIEMPO PROMEDIO INICIO PAGO EN DÍAS	MONTO PROMEDIO DE INDEMNIZACIÓN EN BOB	OBSERVACIÓN
202001	1	Gastos					
202001	1	Invalidez					
202001	1	Muerte					
202002	1	Gastos					

34 Resolución administrativa 1820, Capítulo X, Artículo 50.

35 Resolución administrativa 1820, Capítulo X, Artículo 51.

PERIODO	DEPTO.	COBERTURA	NÚMERO SINIESTROS PAGADOS EN EL MES	TIEMPO PROMEDIO INICIO AVISO EN DÍAS	TIEMPO PROMEDIO INICIO PAGO EN DÍAS	MONTO PROMEDIO DE INDEMNIZACIÓN EN BOB	OBSERVACIÓN
202002	1	Invalidez					
202002	1	Muerte					
202003	1	Gastos					
202003	1	Invalidez					
202003	1	Muerte					

Cuadro ejemplo que corresponde al primer trimestre del año 2020 para el departamento de Chuquisaca.

Notas según orden de campos:

Periodo: formato AAAAMM (año, mes).

Código de departamento: 1 Chuquisaca, 2 La Paz, 3 Cochabamba, 4 Oruro, 5 Potosí, 6 Tarija, 7 Santa Cruz, 8 Beni, 9 Pando. Cobertura.

Número de siniestros pagados en el mes.

Tiempo promedio inicio-aviso: tiempo transcurrido en días-calendario entre la fecha de inicio de vigencia de la cobertura y la fecha de denuncia o aviso de siniestro.

Tiempo promedio inicio-pago: tiempo transcurrido en días-calendario entre la fecha de inicio de vigencia de la cobertura y la fecha de pago de indemnización del siniestro.

Observaciones: cualquier información que la entidad considere importante.

Tabla 18
Reporte de siniestros (información casos de rechazo)

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS
REPORTE DE SINIESTROS
Información casos de rechazo

ENTIDAD PÚBLICA DE SEGUROS:

TRIMESTRE:

CORRELATIVO	DEPTO.	COBERTURA	NÚMERO CERTIFICADO DE COBERTURA O CÉDULA DE IDENTIDAD - NOMBRE	COBERTURA DE RECLAMO	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE COBERTURA	FECHA AVISO DE SINIESTRO	FECHA DE SINIESTRO	FECHA AVISO DE RECHAZO	MOTIVO DE RECHAZO
1	1	AAAAMM	SOATC-000001	Gastos	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD	
2	2	AAAAMM	1234567LP- Andres Castro	Muerte	0	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD	
3	3	AAAAMM	SOATC-000030	Invalidez	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD	

Notas según orden de campos:

Correlativo: Número de registro correlativo.

Código de departamento: 1 Chuquisaca, 2 La Paz, 3 Cochabamba, 4 Oruro, 5 Potosí, 6 Tarija, 7 Santa Cruz, 8 Beni, 9 Pando.

Número certificado de cobertura o cédula de identidad-nombre: certificado de cobertura, debidamente codificado por la entidad. Si la persona que reclama el siniestro no tiene certificado de cobertura deberá, registrarse el número de carnet seguido del nombre y apellido de la persona.

Cobertura afectada.

Fecha aviso o denuncia del siniestro: formato AAAAMMDD (AñoMesDía).

Fecha de ocurrencia del siniestro: formato (AAAAMMDD) (AñoMesDía).

Fecha de aviso de rechazo: Se refiere a la fecha de pronunciamiento de la entidad.

Motivo de rechazo: Descripción breve y precisa de la causal de rechazo.

Observaciones: Cualquier información que la entidad considere relevante.

Aplicación 08

8.1 Determinación de la tasa de riesgo

8.2 Determinación de tasas de riesgo y capital asegurado

8.3 Cálculo de la prima de riesgo

8.4 Prima tarifa

8.5 Prima total

8.6 Prima adicional

8.7 Impuestos

8.8 Composición de la prima

8.9 Reserva de riesgo en curso con cobertura anual

8.10 Reserva de riesgo en curso con cobertura mensual e inferior a un mes

8.11 Contabilidad

8.1 Determinación de la tasa de riesgo

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) emitió el boletín SOATC al cuarto trimestre de la gestión 2023. En este boletín se exponen datos estadísticos sobre pólizas vendidas, primas netas, siniestros, etc. Es preciso basarse en este boletín para realizar todos los cálculos necesarios a fin de obtener el valor de la prima tarifa, prima neta, etc.

8.1.1 Determinación de valores

Considerando los datos estadísticos expuestos por la APS para la gestión 2023, podemos llegar a determinar la totalidad de siniestros en las tres coberturas: gastos médicos, muerte e incapacidad total.

**SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE LA TRABAJADORA Y EL TRABAJADOR
EN EL ÁMBITO DE LA CONSTRUCCIÓN - SOATC
RESUMEN MONETARIO
POR GÉNERO
GESTIÓN 2023
(EN DÓLARES ESTADOUNIDENSES)**

REPORTE	GÉNERO	TOTAL, GENERAL
PRIMAS NETAS	TRABAJADORA	28.542
	TRABAJADOR	426.403
TOTAL, PRIMAS NETAS		454.945
SINIESTROS POR GASTOS MÉDICOS	TRABAJADORA	1.333
	TRABAJADOR	59.971
TOTAL, SINIESTROS POR GASTOS MÉDICOS		61.304
SINIESTROS POR MUERTE	TRABAJADORA	-
	TRABAJADOR	68.027
TOTAL, SINIESTROS POR MUERTE		68.027
SINIESTROS POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	TRABAJADORA	-
	TRABAJADOR	-
TOTAL, SINIESTROS POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE		-
SINIESTROS PAGADOS	TRABAJADORA	1.333
	TRABAJADOR	127.998
TOTAL, SINIESTROS PAGADOS		129.331

**SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE LA TRABAJADORA Y EL TRABAJADOR
EN EL ÁMBITO DE LA CONSTRUCCIÓN - SOATC
RESUMEN NO MONETARIO
POR GÉNERO
GESTIÓN 2023**

REPORTE	GÉNERO	TOTAL, GENERAL
NÚMERO DE PÓLIZAS	TRABAJADORA	1.900
	TRABAJADOR	28.348
TOTAL, PRIMAS NETAS		454.945
NÚMERO DE PÓLIZAS SINIESTRADAS	TRABAJADORA	11
	TRABAJADOR	260
TOTAL, SINIESTROS POR GASTOS MÉDICOS		271

Ambos cuadros reflejan la información necesaria para determinar el valor de la severidad y la frecuencia y, con ello, determinar la tasa de riesgo por cobertura.

En resumen, podemos determinar la siguiente información:

RESUMEN DATOS NECESARIOS		
Siniestralidad	USD \$	
Gastos médicos	61.304	(1)
Muerte	68.027	(2)
Incapacidad total permanente	0	(3)
Total, pólizas y siniestros	USD \$	
Numero de pólizas vendidas	30.248	(4)
Número de siniestros	271	(5)
Coberturas	USD \$	Bolivianos (Bs.)
Gastos médicos	1.005,75	7.000 (6)
Muerte	10.057,47	70.000 (7)
Incapacidad total permanente	10.057,47	70.000 (8)

8.2 Descomponiendo la prima para el caso del SOATC

8.2.1 Determinación del impuesto

Considere que la alícuota del impuesto se conforma con la sumatoria del Impuesto al Valor Agregado y el Impuesto a las Transacciones:

Impuesto al Valor Agregado	13%
Impuesto a las Transacciones	3%
Total	16%
Prima total	150
Impuesto	24

8.2.2 Prima tarifa

$PRIMA\ TOTAL = PRIMA\ TARIFA + IMPUESTOS$	Fórmula inicial prima total
$PRIMA\ TARIFA = PRIMA\ TOTAL - IMPUESTOS$	Despeje de fórmula
$PRIMA\ TARIFA = 150,00 - 24$	Cálculo de la prima tarifa
126,00	Valor de la prima tarifa

8.2.3 Prima técnica

Para determinar la prima técnica es necesario considerar los costos adicionales correspondientes a la tasa de regulación y al fondo de protección al asegurado.

Sin embargo, debido a que no se dispone de información específica sobre la asignación de los demás costos adicionales mencionados en el apartado de la estructura de la prima, se realizará la siguiente interpretación:

$$CA = Com + CP + GA + U$$

Esta formulación se plantea para el caso del SOATC, con el fin de evitar posibles malentendidos respecto a la composición de este seguro obligatorio, considerando el valor de CA como un ejemplo.

Costos adicionales (CA)	15,90%	0,1590
Tasa de regulación (TREG)	2%	0,02
Fondo de protección al asegurado (FPA)	0,25%	0,0025

Una vez se dispone de la fórmula de la prima tarifa, aplicando un despeje algebraico se obtiene la expresión correspondiente a la prima técnica.

$PT = \frac{PTec}{1 - (CA + TREG + FPA)}$	Fórmula inicial prima total
$PTec = PT * (1 - TREG - FPA - CA)$	Despeje de fórmula
$PTec = 126 * (1 - 0,02 - 0,0025 - 0,159)$	Cálculo de la prima tarifa
$PTec = 103,13$	Valor de la prima tarifa

Considerando que los precios del SOATC están previamente definidos y que para estimar el riesgo por coberturas se requiere un nivel de detalle adicional, este ejemplo se desarrollará únicamente hasta la determinación de la prima técnica.

8.2.4 Prima adicional

$PRIMA\ TARIFA = PRIMA\ TÉCNICA + PRIMA\ ADICIONAL$	Fórmula prima total
$PRIMA\ ADICIONAL = PRIMA\ TARIFA - PRIMA\ TÉCNICA$	Despeje de fórmula
$PA = 126,00 - 103,13$	Cálculo de la prima adicional
$PA = 22,87$	Valor de la prima adicional

8.3 Componiendo la prima para el caso del SOATC

8.3.1 Prima tarifa

$PT = \frac{PTec}{1 - (CA + TREG + FPA)}$	Fórmula prima tarifa
$PT = \frac{103,13}{1 - (0,159 + 0,02 + 0,0025)}$	Reemplazando valores
$PT = 126,00$	Valor de la prima tarifa

8.3.2 Prima total

$PTT = PT * \frac{0.16}{1-0.16}$	Fórmula prima tarifa
$PTT = 126,00 * \frac{0.16}{(1-0.16)}$	Reemplazando valores
$PT = 150,00$	Valor de la prima tarifa

8.3.3 Prima adicional

En este acápite se describe la fórmula para determinar el monto económico que corresponde a cada tasa adicional.

	Porcentaje establecido		Prima tarifa		Prima de riesgo individual
TREG (A)	2%	*	126,00	=	2,52
FPA (B)	0,25%	*	126,00	=	0,32
CA (C)	15,90%	*	126,00	=	20,03
PRIMA ADICIONAL (A)+ (B)+ (C)					22,87

8.4 Reserva de riesgo en curso cobertura anual

Considerando el método de los veinticuatroavos podemos determinar la liberación de la reserva de riesgo en curso mes a mes consumido la prima:

Método de los veinticuatroavos

$$R_t = (23/24) * M_{t-1} + (21/24) * M_{t-2} + (19/24) * M_{t-3} + (17/24) * M_{t-4} + (15/24) * M_{t-5} + (13/24) * M_{t-6} + (11/24) * M_{t-7} + (9/24) * M_{t-8} + (7/24) * M_{t-9} + (5/24) * M_{t-10} + (3/24) * M_{t-11} + (1/24) * M_{t-12}$$

Donde:

R_t : Reservas para riesgos en curso del mes

M_t : Monto de las primas netas del reaseguro suscritas en el mes t

A partir de este cálculo, podemos determinar mes a mes el monto de la liberación, considerando que, para el ejemplo, la compra del seguro fue en el mes de enero.

Mes	Factor (A)	Saldo (B)	Reserva pendiente (A * B) = (C)	Liberación (B)-(C)
Enero	23/24 avos	103,13	98,83	4,30
Febrero	21/24 avos	98,83	86,48	12,35
Marzo	19/24 avos	86,48	68,46	18,02
Abril	17/24 avos	68,46	48,49	19,97
Mayo	15/24 avos	48,49	30,31	18,19
Junio	13/24 avos	30,31	16,42	13,89
Julio	11/24 avos	16,42	7,52	8,89
Agosto	9/24 avos	7,52	2,82	4,70
Septiembre	7/24 avos	2,82	0,82	2,00
Octubre	5/24 avos	0,82	0,17	0,65
Noviembre	3/24 avos	0,17	0,02	0,15
Diciembre	1/24 avos	0,02	0,00	0,02
TOTAL				103,13

8.5 Reserva de riesgo en curso con cobertura mensual e inferior a un mes

En ambos casos la teoría actuarial nos indica que tanto la reserva de riesgo en curso para una cobertura mensual, así como la reserva de riesgo en curso con cobertura inferior a un mes se corresponden con la misma prima de riesgo.

$RRC = P_{Tec}$	Reserva de riesgo en curso con cobertura mensual
	Reserva de riesgo en curso con cobertura inferior a un mes
$RRC = 103,13$	

8.6 Contabilidad

a. Producción nueva

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
1.02.011.94.55	1.02.011.94.56	PRIMA POR COBRAR	150,00	
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE		19,50
4.01.011.94.55	4.01.011.94.56.01	PRIMA TÉCNICA		103,13
4.01.041.94.55	4.01.041.94.56.01	PRIMAS ADICIONALES		27,37
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.56	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS	77.000,00	
7.01.011.01.94	7.01.011.01.94.56	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS		77.000,00
5.21.031.01.01	5.21.031.01.01.01	APORTE MENSUAL APS	2,52	
5.21.031.01.02	5.21.031.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA	0,32	
2.03.071.01.01	2.03.071.01.01.01	APORTE MENSUAL APS		2,52
2.03.071.01.02	2.03.071.01.01.02	APORTE TRIMESTRAL FPA		0,32

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
5.08.011.94.55	5.08.011.94.56.01	CONSTITUCIÓN RRC API/APG M.N.		103,13
2.04.011.94.55	2.04.011.94.56.01	SALDO RRC API/APG M.N.	103,13	
			77.152,84	77.152,84

b. Producción anexo (según corresponda la venta nueva o renovada)

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.03.061.01.02	2.03.061.01.02.10	DÉBITO FISCAL NO CORRIENTE	19,50	
2.03.061.01.01	2.03.061.01.01.10	DÉBITO FISCAL CORRIENTE		19,50
5.21.041.01.01	5.21.041.01.01	GASTO IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES	4,50	
2.03.081.01.01	2.03.081.01.01.10	IMPUESTO A LAS TRANSACCIONES		4,50
			24,00	24,00

c. Reservas de riesgo en curso

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
2.04.011.94.56	2.04.011.94.56.01	SALDO RRC API/APG M.N.	4,30	
4.08.011.94.56	4.08.011.94.56.01	LIBERACIÓN RRC API/APG M.N.		4,30
			4,30	4,30

d. Capitales asegurados a fin de vigencia

CUENTA	CUENTA NUEVA	DETALLE	DEBE	HABER
7.01.011.01.94	7.01.011.01.94.56	CAPITALES ASEGURADOS DEUDORAS		77.000,00
6.09.011.01.01	6.09.011.01.01.56	CAPITALES ASEGURADOS ACREEDORAS	77.000,00	
			77.000,00	77.000,00

Base legal o normativa

09

Ley N.º 14379 Código de Comercio de 25 de febrero de 1977

Este documento normativo materializa el deseo de dotar al país de una nueva estructura legal que, además de fomentar y desarrollar la actividad comercial en general, en concordancia con las tendencias modernas que influyen en esta área, contribuirá de manera positiva a los planes y programas del Gobierno Nacional para promover activamente el fortalecimiento económico del país y las oportunidades que ofrece el proceso de integración.

Ley N.º 1883 de Seguros de Bolivia de 25 de junio de 1998

Esta ley y sus reglamentos tienen por objetivo regular la actividad aseguradora, reaseguradora, de intermediarios, auxiliares y entidades de prepago para que cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia, fomentando un mercado competitivo. Asimismo, define los derechos y deberes de las entidades aseguradoras y establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

Resolución administrativa APS N.º 31/1998 - Reglamento de reservas para riesgo en curso del 30 de diciembre de 1998

Las entidades aseguradoras que operen en seguros generales, fianzas y personas a corto plazo, constituirán la reserva para riesgo en curso correspondiente a la parte no devengada de las primas netas de reaseguro, de forma mensual, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el referido reglamento.

Resolución administrativa APS N.º 70/1999 - Reglamento de registro de pólizas, anexos y/o cláusulas adicionales de 23 de abril de 1999

Las pólizas, anexos o cláusulas adicionales, objeto de comercialización de las entidades aseguradoras deberán ser presentadas a la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros para su registro de manera previa a su comercialización.

Resolución administrativa APS N.º 172/2001 - Reglamento de seguros colectivos del 16 de abril de 2001

Deja sin efecto la Resolución administrativa N.º 257 de 19 de junio de 2000 que aprueba el Reglamento de Seguros Colectivos. Las disposiciones contenidas en este reglamento se aplican a las entidades aseguradoras, sujetas a la fiscalización de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS).

Decreto Supremo N.º 4058 de 15 de octubre de 2019

Reglamenta la Ley N.º 1155 de 12 de marzo de 2019 del Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC).

Resolución administrativa APS/DJ/DS/N.º 1820/2019 La Paz, 30 de octubre 2019

Aprueba reglamento operativo del Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC).

Estado Plurinacional de Bolivia - Resolución administrativa APS/DJ/DS/N.º 025/2020 La Paz, 7 de enero de 2020

Aprueba el texto único y uniforme de la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción (SOATC).

Resolución administrativa APS N.º 504/2013 - Texto único y uniforme de la póliza de seguro privado de vida e invalidez permanente por cualquier causa, para las trabajadoras y los trabajadores de la prensa “Hermanos Peñasco Layme”

Esta resolución aprueba el texto único y uniforme de la póliza de seguro privado de vida e invalidez permanente por cualquier causa, para las trabajadoras y los trabajadores de la prensa de Bolivia “Hermanos Peñasco Layme”, en su condicionado particular, condicionado general y certificado de cobertura individual.

Resolución administrativa APS N.º 91 /2015 - Dispone la remisión de bases de datos de reservas técnicas y siniestros pagados del 30 de enero de 2015

Dispone que las entidades aseguradoras de seguros generales y seguros de personas remitan a la Autoridad de Fiscalización y Control de pensiones y Seguros (APS), de manera mensual, hasta el 15 de cada mes, las bases de datos de las cuentas del Plan Único de Cuentas (PUC) referentes a reservas técnicas y siniestros.

Anexos y/o documentos asociados

10

Anexo 1 Detalle de códigos de registro de pólizas, cláusulas, anexos, formularios - Seguro de accidentes personales en grupo anual renovable

Anexo 2 Detalle de códigos de registro de pólizas, cláusulas, anexos, formularios - Seguro de accidentes personales individual anual renovable

Anexo 1. Formulario control siniestro SOAT-C Anverso

FORMULARIO DE CONTROL DE SINIESTRO SOAT			
N.º de certificado de cobertura: _____		N.º de siniestro: _____	
Fecha aviso de siniestro: _____			
Nombre completo del asegurado: _____			
DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:	FECHA DE PRESENTACIÓN		
A. Para cobertura de gastos médicos	Día	Mes	Año
1. Copia simple del documento que identifique al accidentado.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Original de declaración jurada del contratante y/o subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante notario de fe pública, en la cual señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el accidente de construcción, indicando el nombre del trabajador o trabajadora de la construcción accidentado(a).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Original o copia legalizada de certificado médico; este documento podrá ser reemplazado por un informe médico, cuando exista impedimento justificado o causales de fuerza mayor.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Original de facturas o recibos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Para cobertura de incapacidad total permanente			
1. Copia simple del documento que identifique al accidentado.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Original de declaración jurada del contratante y/o subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante notario de fe pública, en la cual señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el accidente de construcción, indicando el nombre del trabajador o trabajadora de la construcción accidentado(a).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Original o copia legalizada de dictamen de declaración de invalidez total permanente.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Original de facturas o recibos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Original de facturas o recibos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Para cobertura de muerte			
1. Copia simple del documento que identifique al accidentado.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Original del certificado de defunción o certificado del médico forense que podría ser reemplazado por un certificado médico, cuando exista impedimento justificado o causal de fuerza mayor.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Original de declaración jurada del contratante y/o subcontratante o, en su defecto, de dos testigos, ante notario de fe pública, en la cual señale el día, hora, lugar y circunstancias en las cuales se produjo el accidente de construcción, indicando el nombre del trabajador o trabajadora de la construcción accidentado(a).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Original de cédula de identidad o documento que identifique al beneficiario (en caso de designación).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Original o copia legalizada del testimonio de aceptación de herencia y copia simple de certificado de ascendencia o descendencia del servicio de registro cívico (en caso de no haberse designado beneficiario).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Original de facturas o recibos (en caso de atención médica).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	Sello entidad pública de seguros		
Firma del responsable entidad pública de seguros			
Observaciones _____			

Anexo 2. Formulario control siniestro SOATC Reverso

DETALLE DE FACTURAS RECEPCIONADAS:			FECHA DE RECEPCIÓN	
1.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
2.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
3.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
4.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
5.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
6.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
7.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
8.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
9.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
10.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
11.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
12.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
13.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
14.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
15.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	FECHA DE RECEPCIÓN <input type="text"/>
16.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	DÍA MES AÑO <input type="text"/>
17.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	DÍA MES AÑO <input type="text"/>
18.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	DÍA MES AÑO <input type="text"/>
19.	N.º DE FACTURA <input type="text"/>	MONTO <input type="text" value="Bs.-"/>	SIGLA EMISOR <input type="text"/>	DÍA MES AÑO <input type="text"/>

OBSERVACIONES: _____

Bibliografía general³⁶

Libros

Bellido Chávez, N. D. (2017). *El seguro: Sus bases técnicas y jurídicas*. Soipa Ltda.

Buzzi, A. M. (2022). *Cálculo actuarial del seguro de personas*. Edulp UNLP.

Fundación MAPFRE (2010). *Introducción al reaseguro*. Fundación MAPFRE.

Guardiola Lozano, A. (2001). *Manual de introducción al seguro*. MAPFRE S.A.

Pérez Torres, J. L. (1986). *Conociendo el seguro: Teoría general del seguro*. Alfadir.

Pinos Luzuriaga, L. G. (2021). *Cálculo actuarial*. Homo.

Rejda, G. E., y McNamara, M. J. (s. f.). *Principles of risk management and insurance*. Pearson.

Vaughan, E. J., y Vaughan, T. (2008). *Fundamentals of risk and insurance*. Wiley.

Disposiciones legales y normativas

Normativa regulatoria de seguros

Estado Plurinacional de Bolivia (1998). Ley N.º 1883, Ley de Seguros (25 de junio de 1998, actualizada a noviembre de 2019).

Estado Plurinacional de Bolivia (2013). Ley N.º 365, Ley de Fianzas para Entidades y Empresas Públicas y Fondo de Protección al Asegurado (23 de abril de 2013).

Estado Plurinacional de Bolivia (1998). Decreto Supremo N.º 25201, Reglamento de la Ley N.º 1883 (16 de octubre de 1998).

³⁶ Esta bibliografía corresponde con la totalidad del volumen.

Normativa regulatoria para el Plan Único de Cuentas (PUC) y envío de reportes

Resolución administrativa IS N.º 010 (11 de enero de 2001). Aprueba el Plan Único de Cuentas y Manual de Contabilidad, entre otros.

Resolución administrativa APS/DJ/DS N.º 91 (30 de enero de 2015). Remisión de bases de datos de reservas técnicas y siniestros pagados.

Resolución administrativa APS/DJ/DS N.º 374 (8 de abril de 2015). Modificación de la Resolución APS/DJ/DS N.º 091/2015.

Circular APS/DS N.º 29/2017 (20 de febrero de 2017). Cumplimiento de remisión de bases de datos de reservas técnicas y reservas de siniestros pagados.

Normativa regulatoria para inversiones

Resolución administrativa IS N.º 18 (13 de enero de 2000). Régimen de inversiones.

Circular SPVS-IS-DI N.º 062 (29 de junio de 2001). Reportes de inversión.

Resolución administrativa IS N.º 256 (28 de junio de 2001). Reglamento de prestación de servicios de agencias de Bolsa para los recursos de inversión de las compañías de seguros y reaseguros.

Resolución administrativa APS/DJ/UI N.º 740 (19 de septiembre de 2012). Autorización para adquisición de títulos valores en el extranjero emitidos por el Tesoro General de la Nación del Estado Plurinacional de Bolivia.

Circular ASFI N.º 362/2015 (24 de diciembre de 2015). Modificación a la metodología de valoración.

Resolución ASFI N.º 1482/2018 (13 de noviembre de 2018). Modificaciones a la metodología de valoración y al envío de información periódica.

Resolución administrativa APS/DJ N.º 690/2025 (29 de mayo de 2025). Aprobación del Manual Operativo del Sistema de Control de Inversiones del Mercado Asegurador y Pensiones (SCIMAP).

Normativa regulatoria para el reaseguro pasivo

Resolución administrativa N.º 032 (30 de diciembre de 1998). Reglamento de Reaseguro Pasivo.

Resolución administrativa IS N.º 021 (17 de enero de 2000). Modificación del Reglamento de Reaseguro Pasivo.

Resolución administrativa N.º 1013 (27 de diciembre de 2002). Modificación del inciso i) del Reglamento de Reaseguro Pasivo.

Resolución administrativa IS N.º 021 (29 de mayo de 2008). Resolución de recurso de revocatoria presentado por BISA Seguros y Reaseguros S.A. contra la Resolución administrativa N.º 297 de 27 de marzo de 2008.

Resolución administrativa IS N.º 764 (30 de septiembre de 2008). Texto ordenado del Reglamento de reaseguro pasivo.

Normativa regulatoria para el registro de pólizas

Resolución administrativa IS N.º 70 (23 de abril de 1999). Reglamento de Registro de Pólizas, Anexos y/o cláusulas adicionales.

Resolución administrativa IS N.º 304 (21 de octubre de 1999). Codificación de entidades de seguros (compañías y cooperativas).

Normativa regulatoria para reservas de riesgo en curso

Resolución administrativa IS N.º 31 (30 de diciembre de 1998). Reglamento de Reservas de Riesgo en Curso.

Resolución administrativa IS N.º 274 (10 de julio de 2001). Modificar el texto del segundo párrafo del artículo 6.

Normativa regulatoria para el margen de solvencia

Resolución administrativa IS N.º 016 (25 de noviembre de 1998). Reglamento de Margen de Solvencia y Patrimonio Técnico de las Entidades Aseguradoras.

