

SUPERINTENDENCIA BANCARIA
DE COLOMBIA

CAPITULO SEGUNDO: DISPOSICIONES ESPECIALES APLICABLES A LAS
ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS

1. REGLAS GENERALES SOBRE LA OPERACIÓN DE SEGUROS

1.1. Reglas para la autorización de ramos de seguros

De conformidad con lo previsto en el artículo 326, numeral 2º, literal d, concordante con el artículo 184 EOSF, le corresponde a la SBC autorizar los ramos de seguros.

Sin perjuicio de las reglas particulares de autorización para ciertos ramos, para la autorización de cualquier ramo debe presentarse ante la SBC solicitud de autorización, la cual debe acompañarse de un estudio que sustente la apertura del mismo.

No resulta necesaria la aprobación de un nuevo ramo para el ofrecimiento de productos que comprendan diversidad de amparos susceptibles de ser explotados bajo los ramos ya autorizados a la entidad. En tales eventos, las primas, siniestros y demás gastos e ingresos que se deriven de dichos amparos se deben clasificar bajo el ramo o ramos a los cuales correspondan los amparos respectivos. No obstante lo anterior, cuando quiera que mediante la expedición de tales amparos la entidad alcance una producción de un ramo no autorizado que se pueda considerar como significativa, debe solicitar la correspondiente autorización, sin la cual la entidad no podrá continuar expidiendo tales amparos. Lo anterior debe entenderse sin perjuicio de lo establecido en el numeral 3.3.1 del presente capítulo.

Para los efectos del inciso anterior, se considera que la expedición de amparos es “significativa” cuando quiera que el monto de la producción de una cobertura adicional supere el 15% de la obtenida por las demás coberturas de la póliza.

A partir del 1 de enero de 2003, los ramos bajo los cuales se pueden operar los diversos productos son los siguientes:

<u>RAMO</u>	<u>CÓDIGO</u>
Automóviles	03
SOAT	04
Cumplimiento	05
Responsabilidad Civil	06
Incendio	07
Terremoto	08
Sustracción	09
Transporte	10
Corriente Débil	11
Todo Riesgo Contratista	12
Manejo	13
Lucro Cesante	14
Montaje y Rotura de Maquinaria	15
Aviación	16
Navegación y Casco	17
Minas y Petróleos	18
Vidrios	19
Crédito Comercial	20
Crédito a la Exportación	21
Agrícola	22
Semovientes	23
Desempleo	24
Hogar	25
Exequias	30
Accidentes Personales	31
Colectivo Vida	32
Educativo	33
Vida Grupo	34
Salud	35
Enfermedades de Alto Costo	36
Vida Individual	37
Previsional de Invalidez y Supervivencia	38
Riesgos Profesionales	39
Pensiones Ley 100	40
Pensiones Voluntarias	41
Pensiones con Conmutación Pensional	42

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

El estudio que se presente debe contener la documentación e información que se señala a continuación:

1.1.1. Acta de la junta directiva: Copia autorizada del acta de la junta directiva, en donde conste que la administración de la entidad aseguradora sometió a consideración de este órgano social el estudio de factibilidad que justifica abrir el ramo respectivo y que dicho órgano social aprobó su apertura.

1.1.2. Justificación: Explicación clara y concisa de los motivos que justifican la apertura del ramo e indicación de si con la misma se cumplen los objetivos del plan estratégico de la entidad.

1.1.3. Estudio de mercado: Breve descripción de los resultados del ramo a nivel nacional e internacional, cuando sea el caso, cuantificando el mercado potencial y el segmento de mercado que se pretende atender. Dicho estudio de mercado debe contener además la información relativa a la forma como se comercializará dicho producto.

1.1.4. Incidencia técnica, financiera y administrativa: Análisis y comentarios acerca del impacto de la apertura del ramo en la estructura operacional y financiera de la compañía.

Este documento debe contener cuando menos la siguiente información referente a las características de los recursos destinados al desarrollo de los procesos comercial, técnico, financiero y administrativo:

1.1.4.1. Descripción del perfil requerido para los cargos que se dedicarán a la administración del ramo y a la atención del cliente.

1.1.4.2. Descripción de los procesos, procedimientos y formatos que se emplearán para el desarrollo de la operación y control del ramo.

1.1.4.3. Señalamiento de las medidas y procedimientos de control interno previstos para la operación del ramo.

1.1.4.4. Las proyecciones de los resultados esperados para los tres primeros años de operación del producto y su incidencia en los indicadores de capital mínimo, margen de solvencia, patrimonio requerido por ramos y patrimonio técnico. La proyección no debe limitarse a los resultados sino debe involucrar aquellas cuentas principales que permiten calcular dichos resultados o la utilidad del ramo. Igualmente, en la proyección de margen de solvencia y patrimonio técnico se deben desglosar las cuentas que llevan al cálculo de estos indicadores.

Para efectos del cálculo de los resultados del ramo se deben especificar las reservas que se constituirán, definiendo la metodología utilizada respecto de aquellas sobre las que el gobierno no haya adoptado un régimen uniforme. Adicionalmente, se debe presentar en forma separada la cuantificación de la reserva para siniestros ocurridos no avisados (IBNR) y de la reserva para siniestros ocurridos avisados de acuerdo con la metodología señalada para el efecto por el Gobierno Nacional.

1.1.5. Identificación de los reaseguros: Cuando resulte necesario, deben identificarse los tipos de contrato de reaseguro que respalden la operación del ramo e incluir la carta de intención de los reaseguradores de participar en tales contratos.

1.1.6. Modelos de las pólizas, tarifas y notas técnicas: Para efectos de su autorización se deben remitir los modelos de pólizas, anexos y certificados del producto que se pretenda explotar a través del ramo cuya aprobación se solicita, así como la tarifa inicial. Igualmente debe remitirse la nota técnica que la sustente. La nota técnica, además de sustentar la tasa pura de riesgo, debe expresar de manera específica, los porcentajes por concepto de gastos de administración, comisión de intermediación y utilidad esperada por la aseguradora. Cuando el porcentaje de retención de riesgo resulte ser inferior al 20%, el componente de tasa pura de riesgo de la nota técnica podrá ser aquel que establezca el reasegurador. Cuando tal porcentaje sea mayor, dicho componente debe ser sustentado por la entidad aseguradora. Lo anterior se deberá cumplir siempre que después de aprobado el ramo cambien las políticas de reaseguro.

Tratándose de ramos que generen reserva matemática, las modificaciones que se introduzcan a la nota técnica con posterioridad a la aprobación del ramo se deben remitir a esta entidad en forma previa a su utilización. Lo anterior debe entenderse sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 3.3.1. del presente capítulo.

1.2. Reglas generales sobre pólizas y tarifas

De acuerdo con lo establecido en el inciso segundo, numeral 1º, artículo 184 EOSF, la aprobación previa de pólizas y tarifas por parte de la SBC sólo es necesaria cuando se trata de la autorización inicial a una entidad aseguradora o de la correspondiente para la explotación de un nuevo ramo.

En cualquier caso, las pólizas y las tarifas deben cumplir en todo momento con los requisitos que se indican a continuación:

TITULO VI – CAPITULO SEGUNDO

Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras

Circular Externa 052 de 2002

Página 2

Diciembre 2002

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

1.2.1. Requisitos generales de las pólizas de seguros

Para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el artículo 184 numeral 2º EOSF las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de forma que sean claramente legibles y que los tomadores y asegurados puedan comprender e identificar las definiciones de los riesgos amparados y las obligaciones emanadas del negocio celebrado. Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información:

1.2.1.1. En la carátula

- a. Las condiciones particulares previstas en el artículo 1047 del Código de Comercio (en adelante C.Co).
- b. En caracteres destacados o resaltados (es decir que se distingan del resto del texto de la impresión) el contenido del inciso primero del artículo 1068 C.Co. Para el caso de los seguros de vida, el contenido del artículo 1152 del mismo ordenamiento legal.

1.2.1.2. A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones)

Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza. Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral.

1.2.1.3. Otras condiciones de la póliza

Además de las condiciones ya señaladas, se deben tener en cuenta los siguientes parámetros:

- a. De conformidad con el numeral 1o. del artículo 184 EOSF, el texto no debe incluir alusión alguna que indique que la póliza ha sido aprobada por la SBC.
- b. No se deben estipular sanciones distintas a las señaladas en el artículo 1058 C.Co como consecuencia de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo.
- c. No se debe calificar la reclamación como una obligación del asegurado en desarrollo del contrato, ni señalar términos específicos para su formulación, toda vez que ésta corresponde a la facultad que puede ejercer el asegurado o beneficiario de hacer efectivo su derecho para lo cual solo encuentra limitación en el tiempo, en los términos de prescripción señalados por el artículo 1081 C.Co. Lo anterior, sin perjuicio de que la entidad contemple en la póliza la necesidad de efectuar la reclamación como un mecanismo para que el asegurado ejercite su derecho.
- d. En relación con la cláusula compromisoria que se estipula en algunas pólizas, la misma debe regirse por lo dispuesto en el Decreto 1818 de 1998.
- e. Con respecto al término para efectuar el pago de la indemnización, éste debe fijarse en un mes contado a partir de la presentación de la reclamación y no en treinta días, de conformidad con lo establecido en los artículos 21 de la Ley 35 de 1993 y 1080 C.Co.
- f. Conforme con los términos del artículo 1075 C.Co, el aviso de siniestro no requiere formalidad escrita. En consecuencia, al exigir dicha formalidad para las notificaciones que se efectúan en desarrollo del contrato es preciso consignar claramente la salvedad de que trata la norma precitada.
- g. Respecto del seguro de responsabilidad civil, el artículo 1133 C.Co expresó las condiciones necesarias para acceder al pago de la indemnización, no siendo viable la inclusión de requisitos adicionales.
- h. En la estructuración de los amparos de responsabilidad civil debe tenerse en cuenta lo establecido en el artículo 1127 C.Co el cual indica que se trata de un seguro a favor de terceros y erige en beneficiario del mismo a la víctima.
- i. En los anexos es requisito indispensable la incorporación de la identificación precisa de la póliza a la cual acceden, al tenor del artículo 1049 C.Co.

1.2.2. Requisitos generales de las tarifas

En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten las tarifas deben observarse los principios a que se refiere el artículo 184, numeral 3, EOSF, así:

SUPERINTENDENCIA BANCARIA
DE COLOMBIA

1.2.2.1. Equidad: La prima y el riesgo deben presentar una correlación positiva, de acuerdo con las condiciones objetivas del riesgo.

1.2.2.2. Suficiencia: La tarifa debe cubrir razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como los costos de adquisición y los administrativos, así como las utilidades.

1.2.2.3. Homogeneidad: Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo. Además, deben escogerse cumpliendo supuestos de aleatoriedad e independencia.

1.2.2.4. Representatividad: El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significación razonable y cubra un período adecuado, de manera que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error.

1.2.2.5. Riesgos especiales o novedosos: En los términos de la letra c. numeral 3o. del artículo 184 EOSF, solamente tratándose de riesgos especiales o de carácter novedoso respecto de los cuales no resulte viable obtener la información necesaria para efectuar el estudio estadístico pertinente, puede prescindirse de sustentar la tarifa con las exigencias enunciadas. En tales eventos, resultará necesario acreditar el respaldo de un reasegurador de reconocida solvencia técnica y financiera, el cual debe definir la tasa pura de riesgo siendo responsabilidad de la entidad aseguradora señalar el factor de gastos.

1.2.3. Remisión de pólizas y tarifas a la SBC

1.2.3.1. Depósito de pólizas y anexos

Del párrafo del artículo 1047 C.Co se desprende que el asegurador debe depositar en la SBC el modelo de póliza y anexos del ramo o ramos que explota pues lo consignado en tales documentos se debe tener como condiciones del contrato en los casos en que no aparezca que hayan sido expresamente acordadas. Esta disposición debe interpretarse armónicamente con lo dispuesto en el numeral 1º, artículo 184 EOSF según el cual los modelos de las pólizas y tarifas deben ponerse a disposición de la SBC antes de su utilización en la forma y con la antelación que determine con carácter general.

Para los efectos de lo dispuesto en dichas normas, las entidades aseguradoras deben radicar en la SBC el modelo de las pólizas con sus anexos que ofrecen habitualmente al público con antelación a la fecha prevista para iniciar su utilización, indicando expresamente que se envían para efectos del cumplimiento del deber de depósito. Cuando se trate de modificaciones parciales en todo caso se debe enviar un ejemplar completo de la respectiva póliza, indicando de manera clara cuáles son los cambios introducidos y dejando constancia expresa e inequívoca de que no se efectúan modificaciones a las expresamente anunciadas.

La SBC lleva el depósito de los modelos pólizas y anexos que se remiten en cumplimiento a dicho deber legal, los cuales, además de estar a disposición del público en general en los términos del artículo 19 del Código Contencioso Administrativo, obran para los efectos dispuestos en el artículo 1047 C.Co. La SBC ordena de manera sistematizada las pólizas y anexos por entidad y ramo y en orden cronológico. Se entiende que el modelo vigente es el último depositado en orden cronológico. La SBC debe desarrollar mecanismos adecuados de atención en línea para la consulta de los modelos y anexos por parte del público en general así como para la consulta cuando se den los presupuestos indicados en el mencionado artículo 1047 C.Co.

El acto de depositar los modelo de las pólizas y demás documentos, en si mismo no supone un pronunciamiento de la SBC sobre la legalidad de los mismo y se lleva exclusivamente para los efectos del artículo 1047 C.Co.

Lo anterior se debe entender sin perjuicio de la facultad que tiene esta entidad de control de verificar en cualquier momento las pólizas y tarifas en los términos del literal j), numeral 3º, artículo 326 EOSF, función que se lleva a cabo en los términos indicados en el siguiente numeral y sin perjuicio del deber que tiene la SBC de autorizar las pólizas y tarifas en los eventos en que se trate de la autorización inicial a una entidad aseguradora o de la correspondiente para la explotación de un nuevo ramo.

El texto de las pólizas y documentos deben enviarse impresas en su respectiva proforma y en medio magnético. Ambas versiones deben remitirse de manera identificada, de acuerdo con los siguientes códigos:

Campo	1	2	3	4	5
Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
Formato	8 dígitos dd/mm/aaaa	4 dígitos	1 caracter	2 dígitos	16 caracteres

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

Campo 1: Indicación de la fecha a partir de la cual se utiliza el documento respectivo (Día/Mes/Año).
Tratándose de pólizas enviadas para efectos de la autorización de un ramo, se entenderá que la fecha a partir de la cual se utiliza el documento corresponde a la del acto administrativo mediante el cual se imparte la respectiva autorización.

Campo 2: Código con el cual se identifica el tipo de entidad vigilada por la SBC, dependiendo de si se trata de compañías de seguros generales 13, de vida 14, o cooperativa 15 y el individual asignado a la entidad en la SBC.

Campo 3:
P Si corresponde a una póliza
A Si corresponde a un amparo adicional o anexo
C Si corresponde a una cláusula

Campo 4: Corresponde al código del ramo de acuerdo con lo previsto en el numeral 1.1. del presente capítulo. Las cláusulas o anexos que se utilicen en varios ramos deben codificarse con el número 0.

Campo 5: identificación de acuerdo con la codificación propia de la aseguradora.

NOTA: Los campos deben estar separados entre sí por un guión (-).

1.2.3.2. Evaluación de pólizas

De acuerdo con el literal j), numeral 3º, artículo 326 EOSF, le corresponde a la SBC evaluar que las pólizas y tarifas que deban poner las entidades aseguradoras a disposición de esta entidad cumplan con los requisitos jurídicos y técnicos previstos en la ley.

Para tal efecto, la SBC puede evaluar los modelos de pólizas que son depositados en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 389 de 1997 a fin de verificar que las mismas cumplen con los requisitos señalados en el artículo 184 numeral 2o. EOSF y con aquellos requisitos establecidos en el presente capítulo y puede en cualquier momento formular las observaciones a que haya lugar a fin de que se adecuen a lo prescrito en dicha normatividad. Con todo es de precisar que, en función de las necesidades y recursos, igual procedimiento puede ser adelantado en desarrollo de las visitas de supervisión in-situ.

En los eventos en que se efectúen modificaciones a los modelos de las pólizas ya sea por orden de la SBC o por iniciativa de la entidad aseguradora, se debe remitir un nuevo ejemplar a fin de que éste repose en el depósito, indicando claramente la variación introducida y dejando expresa constancia en el sentido de que el producto no ha sido objeto de modificaciones adicionales a las enunciadas.

1.2.3.3. Evaluación de tarifas

De acuerdo con el literal j), numeral 3º, artículo 326 EOSF, le corresponde a la SBC evaluar que las tarifas que deban poner las entidades aseguradoras a disposición de esta entidad cumplan con los requisitos jurídicos y técnicos previstos en la ley.

Para efectos de la verificación permanente de los requisitos jurídicos y técnicos de las tarifas, las entidades aseguradoras deben mantenerlas a disposición de la SBC, clasificadas por ramos, junto con los elementos documentales y soportes estadísticos correspondientes, salvo cuando deban remitirse por tratarse de la autorización inicial a una entidad aseguradora o de la correspondiente para la explotación de un nuevo ramo.

Para efectos de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6o. literal a) del Decreto 839 de 1991, cuando las compañías de seguros de vida envíen los productos de seguros con reserva matemática que van a comercializar, deben remitir las notas técnicas de los mismos, especificando el nombre comercial del producto al cual acceden, las bases técnicas y los factores de reserva. Tratándose de seguros de vida de ahorro con participación resulta necesario informar la manera como se estructurará el fondo que se establece en el artículo 6o. literal b) del Decreto 839 de 1991 y las reglas para su funcionamiento.

1.2.4. Incumplimiento de exigencias legales

En los términos del artículo 184, numeral 4º EOSF, la ausencia de cualquiera de los requisitos legales los cuales deben cumplirse en la forma indicada en el presente capítulo, será causal para que la SBC prohíba la utilización de la póliza o tarifa correspondiente hasta tanto se acredite el cumplimiento del requisito respectivo o, incluso, pueda suspenderse el certificado de autorización de la entidad cuando tales deficiencias resulten sistemáticas, aparte de las sanciones legales procedentes.

1.3. Reglas sobre el manejo de negocios en coaseguro

Para una adecuada gestión de los riesgos propios a los negocios que las entidades aseguradoras lleven en coaseguro deben acogerse al siguiente procedimiento:

TITULO VI – CAPITULO SEGUNDO

Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras

Circular Externa 052 de 2002

Página 5

Diciembre 2002

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

1.3.1. Aspectos generales

El registro contable de las operaciones de coaseguro debe respaldarse en las copias de las pólizas, anexos y certificados expedidos por la aseguradora líder para tal efecto, las cuales constituyen la prueba de dicho asiento.

El pago de comisiones, impuesto a las ventas y retención en la fuente, cuando a ello hubiere lugar, constituyen obligaciones a cargo de la entidad aseguradora líder. Lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que le asiste a la aseguradora líder de cobrarle a las coaseguradoras aceptantes la parte que les corresponda asumir de las comisiones pagadas.

1.3.2. Expedición

Una vez acordadas las condiciones técnicas, financieras y administrativas del negocio, la entidad que actúa como líder debe expedir los respectivos documentos, pólizas, certificados y anexos, y remitir copia de los mismos a las aceptantes del coaseguro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a tal expedición.

Las coaseguradoras disponen de un plazo de cinco (5) días hábiles contados desde la fecha de la recepción para pronunciarse sobre los documentos recibidos a fin de devolverlos firmados, objetarlos o solicitar su modificación.

Una vez aceptados y firmados los documentos por las coaseguradoras, la líder dispone de un plazo de cinco (5) días hábiles para entregar a las mismas las respectivas pólizas, certificados y anexos debidamente formalizados.

1.3.3. Remesa

La aseguradora líder debe elaborar un informe mensual (remesa) que registre la totalidad de negocios en coaseguro a su cargo, de acuerdo con la estructura y remitirlo a cada coasegurador a más tardar el día 20 del mes siguiente o día hábil siguiente, junto con el pago neto, si hay lugar a éste, suscrito por una persona autorizada para el efecto.

La remesa debe tener la siguiente estructura:

1.3.3.1. Informe uno - Informe general: Es el informe general de la remesa, el cual debe incluir los totales de los siguientes rubros: primas pagadas, primas financiadas, salvamentos, otros ingresos, comisiones, gastos de administración, otros egresos, siniestros y valor neto de la remesa.

El valor registrado en otros ingresos y otros egresos debe estar debidamente soportado, es decir, se requiere especificar cada una de las partidas que lo conforman y anexar los documentos pertinentes.

1.3.3.2. Informe dos - Primas recaudadas y comisiones: Comprende una relación detallada de primas y comisiones, la cual debe contener la siguiente información: sucursal, tomador, ramo, póliza, prima pagada, clase de pago (determinando si es total o abono), porcentaje de comisión, valor de la comisión e intermediario, certificado, porcentaje y valor de los gastos de administración. En el caso de recaudos en otras monedas se debe especificar la tasa de cambio del día en que tomador pagó la prima.

1.3.3.3. Informe tres - Siniestros Incurridos: Es un compendio detallado de los siniestros pagados, salvamentos, recobros, reintegros y reservas de siniestros pendientes, el cual debe contener la siguiente información: sucursal, asegurado, ramo, póliza, certificado afectado, número de reclamo de la compañía líder, fecha del siniestro, amparos afectados, porcentaje de participación líder, porcentaje de participación coaseguro, valor de la reserva periodo anterior, ajustes de reserva mes actual, número de orden de pago o recibo de caja, valor pagado siniestro, valor pagado gastos siniestro, salvamentos, recobros, reintegros y reserva fin del periodo, entendiéndose que estos valores serán los que correspondan al coasegurador aceptante. Para los ramos de autos y vida se requiere incluir en este informe el número de identificación correspondiente.

1.3.3.4. Informe cuatro - Listados de primas emitidas: Debe contener la siguiente información: Sucursal, tomador, ramo, póliza, certificado, periodo de vigencia, participación, primas, intermediario, porcentaje de participación intermediario, valor asegurado, el porcentaje y valor de los gastos de administración, el porcentaje y valor de la comisión.

1.3.3.5. Informe cinco - Listado de primas anuladas: Debe incluir la siguiente información: sucursal, tomador, ramo, póliza, certificado y valor.

1.3.3.6. Informe seis - Listado de primas pendientes: Debe contener la siguiente información: sucursal, tomador, ramo, póliza, certificado, periodo de vigencia, participación, primas, abonos y saldos.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

Los códigos asignados a las compañías de seguros para el diligenciamiento de estos informes es el señalado por la SBC mediante el subsistema de trámites.

Para los ramos de seguros se deben utilizar los códigos establecidos en el cuadro que se encuentra en el numeral 1.1. del presente Capítulo.

1.3.4. Indemnizaciones

La líder deberá atender en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles el requerimiento de envío de soportes de siniestros cuando estos lo ameriten.

1.4. Reglas sobre comisión para el intermediario de seguros

La expedición de un seguro en moneda extranjera no implica una operación de cambio respecto de la comisión que eventualmente se genere a favor del intermediario de seguros. Por tal motivo, no resulta procedente que dichas comisiones se paguen en moneda extranjera.

1.5. Reglas relativas a la financiación de primas

1.5.1. Requisitos

Las entidades aseguradoras pueden financiar el pago de las primas de los contratos de seguros que expiden, con sujeción a las siguientes condiciones:

1.5.1.1. La financiación no puede exceder del setenta por ciento (70%) del valor total de la prima a cargo del tomador, ni de los límites individuales previstos en el Decreto 2360 de 1993 o de las normas que lo modifiquen o adicionen.

1.5.1.2. El plazo máximo de la financiación no puede ser superior al período de vigencia del seguro y, en todo caso, no excederá de un año contado desde la expedición de la póliza.

1.5.1.3. El importe de la parte no financiada de la prima, debe ser cubierto por el tomador a más tardar dentro del mes siguiente, contado a partir de la entrega de la póliza, certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, según el caso.

1.5.1.4. La tasa de interés aplicable a las operaciones de financiación de las primas no puede ser inferior a la tasa variable D.T.F. calculada por el Banco de la República para la semana inmediatamente anterior a la celebración del contrato, menos cinco (5) puntos.

1.5.1.5. Los recursos con los cuales se financie el pago de primas deben provenir del patrimonio y demás fondos que no correspondan a las reservas técnicas.

Para que el valor de las primas a financiar se pueda entender como recaudado para todos los efectos, la obligación debe ser incorporada en pagarés o cualquier otro título valor de contenido crediticio emitido por el tomador a la orden del asegurador, excepto cuando se trate del fraccionamiento de la prima, cuyos términos deben consignarse en la póliza.

Cuando la prima haya sido cancelada mediante el sistema de financiación aquí señalado, tales créditos se sujetarán a lo señalado en las instrucciones sobre gestión de riesgo crediticio.

1.5.2. Constitución de provisiones

Deben ser objeto de provisión, según las normas legales vigentes, las primas de seguros no recaudadas en el lapso previsto para su pago o no financiadas en los términos y condiciones anteriores.

Lo dispuesto en materia de provisiones no es aplicable a los contratos de seguros cuyas primas deban ser cubiertas por la Nación o garantizadas por ésta, siempre y cuando exista la apropiación presupuestal respectiva y la certificación expedida por la auditoría.

1.5.3. Aplicación

Los mecanismos de financiación previstos en el presente numeral no pueden ser aplicados a las primas correspondientes a los contratos de seguros cuya forma de pago a través de esta modalidad no fue previamente pactada.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

1.6. Reglas relativas a la cesión y aceptación de reaseguros

1.6.1. Condiciones para la operación

La cesión de reaseguros de las entidades aseguradoras nacionales debe efectuarse en condiciones que garanticen la seguridad de cada entidad. En tal virtud, la determinación de las condiciones particulares de los contratos relativas a plazos, tasas y comisiones deben responder a principios que garanticen adecuadas capacidades de contratación y una nómina de reaseguradores de reconocida solidez y solvencia.

1.6.2. Condiciones de los contratos

Los contratos de reaseguro y las notas de cobertura suscritos por los representantes legales de las entidades aseguradoras cedentes y los apoderados de los reaseguradores, se mantendrán a disposición de la SBC, en las propias entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Cuando las entidades aseguradoras y reaseguradoras registren las operaciones de reaseguro que realizan, deben especificar con precisión las condiciones de cada uno de los riesgos cedidos y aceptados y la fecha de formalización de cada operación.

Salvo pacto en contrario, el pago de las obligaciones derivadas de los contratos de reaseguro automático proporcional debe efectuarse dentro de los noventa (90) días corrientes a la fecha de cierre trimestral.

Las entidades aseguradoras al aceptar notas de cobertura suscritas por corredoras de reaseguros deben verificar que las mismas cuenten con autorización expresa para ello por parte del reasegurador.

No obstante, previo al inicio de la vigencia del contrato de reaseguro, la entidad aseguradora debe contar cuando menos con la confirmación por cualquier medio de la cobertura por parte del reasegurador. La formalización de este respaldo se debe realizar dentro del mes siguiente a la iniciación de la vigencia del respectivo acuerdo.

1.6.3. Control de cesiones y aceptaciones de reaseguros facultativos

Las entidades aseguradoras deben adoptar mecanismos de control secuencial de las cesiones y aceptaciones de reaseguro facultativo que permitan a las partes contar con elementos que brinden certeza sobre los convenios. La SBC evaluará el contenido y calidad de tales mecanismos en el desarrollo de las visitas de supervisión in-situ que adelante en las entidades.

1.6.4. Prácticas inseguras

Para los efectos del artículo 326, numeral 5, literal a) EOSF, se consideran como prácticas inseguras y no autorizadas las siguientes conductas:

1.6.4.1. La expedición de pólizas de seguro respecto de las cuales la sociedad no haya logrado obtener, mediante el empleo de contratos de reaseguro, colocación en firme del respectivo riesgo, en aquellos eventos en los que la entidad requiera del reaseguro.

1.6.4.2. La cesión o aceptación de riesgos en reaseguro facultativo, por funcionarios distintos de aquellos autorizados para tal efecto, con prescindencia de los mecanismos de control secuencial a que alude el numeral 1.6.3. del presente capítulo, sin perjuicio de las facultades propias del representante legal o de la delegación expresa que éste haga para un negocio específico.

1.6.4.3. La celebración de contratos de reaseguro en los que no se verifique una transferencia real del riesgo.

La inobservancia de la presente disposición acarreará la imposición de las sanciones previstas en el EOSF y la suspensión del registro de reaseguradores del exterior REACOEX.

1.7. Algunas prácticas inseguras relativas a la contratación de seguros

Para los efectos del artículo 326, numeral 5, literal a) EOSF, se consideran como prácticas inseguras y no autorizadas las siguientes conductas:

1.7.1. Expedir notas de cobertura que no identifiquen los textos de los amparos con los códigos dispuestos en este capítulo.

1.7.2. Utilizar códigos de formas que no hayan sido enviadas previamente a la SBC.

1.7.3. Proveer al asegurado de información inexacta respecto del contenido del texto referenciado y enviado a esta Entidad.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

1.7.4. Utilizar en las notas de cobertura proformas de entidades diferentes a las que expiden el documento.

1.7.5. Usar notas de cobertura para pólizas no depositadas o cuyo texto no se incorpore en la misma nota de cobertura o en sus anexos.

1.7.6. La participación en consorcios o uniones temporales cuando quiera que la entidad no cuenta con autorización para la operación de alguno de los ramos involucrados.

2. REGLAS SOBRE CIERTOS ASPECTOS FINANCIEROS

2.1. Régimen patrimonial

2.1.1. Margen de solvencia

Las entidades aseguradoras deben mantener y acreditar ante la SBC, dentro de los plazos previstos para el envío de los balances trimestrales, un patrimonio técnico saneado equivalente, como mínimo, a la cuantía que resulte de aplicar a la totalidad de sus operaciones las normas que se establecen en el presente numeral.

2.1.1.1. Cuantía mínima del margen de solvencia en las compañías de seguros generales

En las compañías de seguros generales el importe mínimo del margen de solvencia debe ser igual al que resulte más elevado del que se obtenga por uno de los siguientes procedimientos:

- En función del monto anual de las primas, o
- En función de la siniestralidad de los tres (3) últimos ejercicios sociales anuales.

a. La cuantía del margen de solvencia en función de las primas se determina de la siguiente manera:

a.1. Por concepto de primas se toman tanto las emitidas (directas +coaseguro aceptado), en el ejercicio que se contemple, como las primas aceptadas en reaseguro en el mismo período.

a.2. Hasta siete mil quinientos millones de pesos, de los montos así establecidos, se aplica un porcentaje del dieciocho (18%), y al exceso, si lo hubiere, se aplica el dieciséis por ciento (16%), sumándose ambos resultados.

a.3. La cuantía que se obtenga según lo dispuesto en el numeral anterior se multiplica por la relación existente, en el ejercicio que sirve de base para el cálculo, entre el monto de los siniestros brutos descontados los reembolsos de siniestros, y el importe de estos siniestros brutos, sin que tal relación pueda ser inferior, en ningún caso, al cincuenta por ciento (50%).

b. La cuantía del margen de solvencia en función de los siniestros se establece de la siguiente manera:

b.1. En la cuantificación de los siniestros se deben incluir los liquidados (pagados en el ejercicio que se contemple y en los dos ejercicios inmediatamente anteriores a él, sin deducción por reaseguros), los siniestros pagados por aceptaciones en reaseguros y las reservas para siniestros avisados por liquidar, cuenta compañía y reaseguradores, constituidas al cierre del ejercicio contemplado.

b.2. Al saldo que arroje la suma de los factores indicados en el numeral anterior se debe deducir el importe de los recobros y los salvamentos liquidados y realizados por siniestros efectuados en los períodos de que da cuenta el mencionado numeral, así como el monto de la reserva para siniestros avisados por liquidar constituida al cierre del ejercicio anterior al trienio contemplado, tanto para negocios directos como por aceptaciones.

b.3. La cifra que resulte de la operación descrita en el numeral anterior se debe dividir por tres (3). Hasta cuatro mil quinientos millones de este resultado se aplica un porcentaje del veintisiete por ciento (27%), y al exceso, si lo hubiere, se aplica el veinticuatro por ciento (24%), sumándose ambos resultados.

b.4. La cuantía así obtenida se multiplica por la relación existente en el ejercicio contemplado, entre el importe de los siniestros brutos descontados los reembolsos de siniestros, y el importe bruto de estos siniestros, sin que esta relación pueda ser inferior, en ningún caso, al cincuenta por ciento (50%).

2.1.1.2. Cuantía mínima del margen de solvencia en las compañías de seguros de vida

En las compañías de seguros de vida el monto mínimo del margen de solvencia es igual al resultado que se obtenga de sumar los importes que arrojen las operaciones descritas a continuación:

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

a. Para el ramo de vida individual, la cuantía mínima del margen de solvencia es la suma que resulte de multiplicar el seis por ciento (6%) del total de las reservas matemáticas por la relación que exista, en el ejercicio que se contemple, entre el importe de las reservas matemáticas, deducidas las correspondientes al reaseguro, y el importe bruto de las mismas, sin que esta relación pueda ser, en ningún caso, inferior al ochenta y cinco por ciento (85%).

b. Para el ramo de riesgos profesionales se debe atender lo dispuesto en el Decreto 2582 de 1999 o normas que lo modifiquen.

c. En los demás ramos explotados por estas compañías el margen de solvencia se determina del mismo modo que para las compañías de seguros generales, pero aplicando, cuando se determina su cuantía en función de las primas, el porcentaje de dieciocho por ciento (18%) hasta dos mil millones de pesos y el dieciséis por ciento (16%) al exceso, si lo hubiere. Para el cálculo en función de la siniestralidad el veintisiete por ciento (27%) se aplica hasta mil doscientos millones de pesos y el veinticuatro por ciento (24%) al exceso.

2.1.2. Patrimonio Técnico

El patrimonio técnico saneado computable para los fines a que se refiere el presente numeral comprende la suma del capital primario y secundario en los términos señalados a continuación:

2.1.2.1. Cálculo del capital primario

El capital primario incluye:

- a. El capital pagado
- b. La reserva legal
- c. La prima en colocación de acciones.
- d. El saldo que arroje la cuenta patrimonial de ajuste de cambio sin incluir el correspondiente a inversiones de capital ni el derivado de inversiones en bonos convertibles en acciones en filiales o subordinadas del exterior.
- e. El valor de las utilidades del ejercicio en curso, en los siguientes casos:
 - e.1. Cuando la entidad registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores, hasta concurrencia de dichas pérdidas.
 - e.2. Cuando la entidad no registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores, en un porcentaje igual al de las utilidades que por disposición de la última asamblea ordinaria hayan sido capitalizadas o destinadas a incrementar la reserva legal, sin que pueda exceder del cincuenta por ciento (50%).
- f. El valor de las utilidades no distribuidas correspondientes al ejercicio contable anterior sea computará durante el trimestre siguiente en los siguientes casos:
 - f.1. Cuando la entidad registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores, hasta concurrencia de dichas pérdidas.
 - f.2. Cuando la entidad no registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores, en una proporción equivalente al porcentaje de las utilidades líquidas del penúltimo ejercicio que hayan sido capitalizadas o destinadas a incrementar la reserva legal, sin que pueda exceder del cincuenta por ciento (50%).
- g. El valor total de los dividendos decretados en acciones por la última asamblea ordinaria de accionistas.

2.1.2.2. Deducciones del capital primario

Para establecer el valor final del capital primario se deducen los siguientes valores:

- a. Las pérdidas de ejercicios anteriores y las del ejercicio en curso.
- b. El valor de las inversiones de capital, efectuadas en compañías de seguros generales, de vida y sociedades de capitalización.
- c. El valor de las inversiones en bonos obligatoriamente convertibles en acciones emitidos desde el 1o. de junio de 1990 por compañías de seguros generales, de vida y sociedades de capitalización.

2.1.2.3. Cálculo del capital secundario

El capital secundario incluye:

- a. Las reservas estatutarias.
- b. Las reservas ocasionales.
- c. Las valorizaciones de activos fijos utilizados en el giro ordinario de los negocios y el cincuenta por ciento (50%) de las valorizaciones de los demás activos contabilizados de acuerdo con los criterios que establezca la SBC. En todo caso, no se computarán las valorizaciones correspondientes a bienes recibidos en dación en pago o adquiridos en remate judicial. Tampoco las generadas en inversiones en compañías de seguros generales, o de vida o sociedades de capitalización.
- d. Las utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores, y las del ejercicio en curso, en el monto no computable en el capital primario.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

e. Los bonos obligatoriamente convertibles en acciones emitidos a partir del 1o. de julio de 1990 cuyo pago en caso de liquidación esté subordinado a la cancelación de los demás pasivos externos de la sociedad y que su tasa de interés al momento de la emisión, sea menor o igual que el setenta por ciento (70%) de la tasa DTF calculada por el Banco de la República para la semana inmediatamente anterior.

2.1.2.4. Valor computable del capital secundario

Para efectos del cálculo del patrimonio técnico, el valor máximo computable del capital secundario es la cuantía total del capital primario de la respectiva entidad. No obstante, las valorizaciones computadas en la forma prevista en el literal c. del numeral 2.1.2.3 anterior no pueden representar más del cincuenta por ciento (50%) del valor total del capital primario.

2.2. Reglas sobre el régimen de reservas técnicas y su inversión

2.2.1. Reglas sobre reservas técnicas

2.2.1.1. Control de reservas de siniestros

Las entidades aseguradoras deben contar con un libro auxiliar en el cual se asienten los datos que soporten los movimientos de la reserva de siniestros y el registro contable del respectivo pasivo. Dicho libro puede ser llevado en forma manual o de manera sistematizada, pudiéndose llevar un libro por cada ramo, área de la entidad o sucursal, aunque siempre de forma centralizada.

En todo caso la entidad aseguradora debe mantener a disposición de la SBC la siguiente información mínima extraída de dicho libro:

- a. Número de la póliza, o del contrato si se trata de un negocio aceptado.
- b. Número de radicación del siniestro
- c. Ramo(s) de la póliza o del contrato. Para este efecto se utilizará el número del código de los ramos, establecido en el numeral 1.1. del presente capítulo.
- d. Indicación de si se trata de una póliza expedida de forma directa, en coaseguro o de un negocio aceptado en reaseguro. Para dicho efecto se deben utilizar los siguientes códigos: PD para las pólizas expedidas directamente y sin coaseguro; AR para los negocios aceptados en reaseguro; CO para pólizas expedidas en coaseguro.
- e. Nombre del asegurado, tomador y beneficiario.
- f. Fecha de ocurrencia del siniestro
- g. Fecha de aviso
- h. Fecha de presentación de la reclamación en los términos señalados en el artículo 1077 C.Co. (fecha de entrega del último documento)
- i. Cobertura afectada. Para este efecto se debe utilizar la codificación señalada en el literal c. anterior.
- j. Valor de la pretensión
- k. Reserva parte compañía inicialmente constituida
- l. Reserva parte reaseguradores inicialmente constituida
- m. Ajuste de cada una de las reservas a las que se refieren los literales k. y l. anteriores, si los hubiere.
- n. Fecha y valor de pago del siniestro.
- o. Indicación de si el siniestro fue objetado o se encuentra en trámite.
- p. Razones de objeción, en caso de que a ello haya lugar
- q. Indicación de si el siniestro se encuentra en proceso (litigio) o no.
- r. Valor total de la reserva de siniestros parte compañía y parte reaseguradores.

Tratándose de operaciones de reaseguro aceptado, la aseguradora no estará obligada a tener la información de que tratan los literales e., f., g., h., o. y p., anteriores.

2.2.1.2. Constancias a reclamantes

Para los mismos efectos previstos en este acápite, las compañías de seguros deben expedir constancia a sus reclamantes, que contenga como mínimo la siguiente información:

- a. Nombre del asegurado
- b. Número de la póliza afectada por el reclamo
- c. Fecha del siniestro
- d. Fecha de aviso del siniestro
- e. Fecha de presentación del reclamo
- f. Documentos aportados
- g. Valor pretendido de la reclamación
- h. Número consecutivo de la constancia expedida

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

2.2.1.3. Retención de reserva de riesgos en curso en la operación de reaseguro

En la cesión de primas de reaseguros al exterior, la entidad aseguradora cedente debe retener, en la fecha de la cesión y durante el período en el cual la compañía cedente deba conservar la reserva propia del mismo seguro, la porción de la reserva de riesgos en curso correspondiente. Se exceptúan de la constitución del depósito los contratos de reaseguro no proporcionales.

La entidad cedente y el reasegurador pueden estipular el reconocimiento de intereses remuneratorios en favor de éste sobre dichos depósitos durante el término en que deba mantener la retención.

2.2.2. Reglas sobre inversión de las reservas técnicas

Para los efectos de lo dispuesto en el inciso segundo, literal b), artículo 1º del Decreto 094 de 2000 y en el inciso segundo, artículo 5º del Decreto 2779 de 2001, a continuación se señalan las condiciones mínimas de calificación y bursatilidad que deben poseer las opciones de inversión previstas en el artículo segundo del referido Decreto 2779 de 2001:

2.2.2.1. De acuerdo con lo dispuesto en su artículo 5º, los instrumentos señalados en los numerales 1.1.1, 1.2 y 1.3 del artículo segundo de dicha norma, no requieren calificación.

2.2.2.2. Los títulos de renta variable a que se refiere el numeral 1.11, artículo segundo, deben presentar un Índice de Bursatilidad Accionario (IBA) medio o alto, de acuerdo con la última circular vigente expedida por la Superintendencia de Valores o, en su defecto, el emisor debe contar con una calificación no inferior a A-, de acuerdo con la escala de calificación de las sociedades calificadoras de valores Bankwatch Ratings de Colombia S.A. y Duff & Phelps de Colombia S.A. o sus equivalentes de cualquier otra calificadora debidamente autorizada por la Superintendencia de Valores.

2.2.2.3. Los títulos de deuda de emisores extranjeros y las inversiones en fondos mutuos de inversión del exterior que respalden las reservas técnicas, serán admisibles cuando cuenten con una calificación igual o superior a "A-", tratándose de títulos representativos de deuda de largo plazo, según la escala de calificación de Standard & Poors y Fitch Inc. o A3, según la nomenclatura de calificación de Moody's. En el caso de inversiones de corto plazo (con vencimiento original no superior a un año), la calificación mínima requerida será de "A1", "F1" y "P1", en su orden, de acuerdo con la escala de calificación de las sociedades antes mencionadas. Para los fondos mutuos de inversión del exterior, de renta fija, el requisito de calificación exigido aplica respecto de las inversiones que realicen dichos fondos.

2.2.2.4. Los instrumentos distintos a los considerados en los numerales 2.2.2.1., 2.2.2.2. y 2.2.2.3. serán admisibles como respaldo de las reservas técnicas cuando presenten como mínimo una calificación de "A-", tratándose de títulos de largo plazo, o "1", para el caso de títulos de corto plazo (con vencimiento original no superior a un año), de acuerdo con la escala de calificación de las sociedades calificadoras de valores Bankwatch Ratings de Colombia S.A. y Duff & Phelps de Colombia S.A. o sus equivalentes de cualquier otra calificadora debidamente autorizada por la Superintendencia de Valores. En los fondos de inversión nacionales, la calificación de riesgo crediticio de "A-" o su equivalente, se exige respecto del fondo respectivo.

3. REGLAS PARTICULARES APLICABLES A CIERTOS RAMOS

3.1. Reglas aplicables al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT)

3.1.1. Obligatoriedad de la expedición de pólizas

Las entidades aseguradoras que cuentan con autorización para la explotación del SOAT están obligadas, sin excepción, a aceptar y expedir dicho seguro obligatorio. En tal virtud, cualquier conducta directa o indirectamente tendiente a rechazar la expedición del seguro resulta contraria a la normatividad vigente, y por ende constituye una práctica ilegal.

El incumplimiento a las disposiciones que regulan este seguro, compromete directamente la responsabilidad de los directores, administradores y demás funcionarios de la entidad vinculados al manejo de este seguro, en los términos que prevé el artículo 209 EOSF.

Con todo, la obligatoriedad de la expedición de la póliza estará siempre sujeta a la verificación del interés asegurable mediante la exhibición de la tarjeta de propiedad o la licencia de tránsito o, tratándose de vehículos que se matriculan por primera vez, la factura de compra.

3.1.2. Control en la expedición mediante mecanismos de mercadeo masivo

Los errores que ocurran en la expedición de las pólizas del SOAT, sean éstos voluntarios o involuntarios, son inoponibles a las víctimas de los accidentes que vayan a ser indemnizadas. Por esta razón, las entidades aseguradoras que tienen autorizada la explotación de este ramo y que utilicen mecanismos de mercadeo masivo, deben adoptar las precauciones y controles necesarios para garantizar la validez de las pólizas y verificar las condiciones de las liquidaciones de las primas generadas por el seguro.

TITULO VI – CAPITULO SEGUNDO

Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras

Circular Externa 052 de 2002

Página 12

Diciembre 2002

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

3.1.3. Transferencias de recursos al FOSYGA

Para el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 199 numeral 2o. EOSF, las entidades aseguradoras deben tener en cuenta las siguientes instrucciones:

3.1.3.1. Transferencia anual de excedentes. Para los efectos del inciso tercero, numeral 2º del artículo 199 EOSF la entidad aseguradora debe verificar dentro de los dos meses siguientes al corte del 30 de junio de cada año que el total de las transferencias que haya efectuado durante cada período anual al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), corresponda cuando menos al cincuenta por ciento (50%) de los excedentes de operación del ramo. Si no fuere así, debe transferirse el faltante dentro de los primeros quince (15) días hábiles del mes de septiembre de cada año. El cálculo de los excedentes se determina según la metodología descrita en la proforma F.3000-49 de la SBC (**Anexo 26 del presente título**), para lo cual se debe tener en cuenta que la sumatoria de los valores correspondientes a las operaciones relacionadas con el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT, contabilizadas en los códigos asignados en el Plan Unico de Cuentas para el Sector Asegurador, debe ser inferior, o a lo sumo igual al veinticinco por ciento (25%) de las primas emitidas durante el período respectivo.

3.1.3.2. Transferencias adicionales al FOSYGA. Las transferencias adicionales a que haya lugar por virtud de lo dispuesto en el inciso segundo, numeral 2º del artículo 199 EOSF se deben realizar en las fechas que para ello determine el FOSYGA.

3.1.3.3. Instrucciones contables. Las transferencias bimestrales al FOSYGA y las transferencias adicionales, si las hubiere, se deben registrar en los códigos asignados para uno y otro concepto en el Plan Unico de Cuentas para el Sector Asegurador.

En los meses que no se efectúe corte bimestral y en consecuencia no se realicen transferencias al FOSYGA, las entidades deben causar el 20% de la producción emitida en dicho mes.

3.1.3.4. Reporte de la información a la SBC. Para tales efectos se deben atender las instrucciones contenidas en la mencionada proforma F.3000-49, junto con la fotocopia legible de la consignación de la transferencia con cargo al FOSYGA realizada para el correspondiente bimestre.

3.1.3.5. Reporte anual sobre oportunidad y suficiencia de las transferencias. Para efectos de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo 2º, numeral 2º del artículo 199 EOSF, la entidad administradora del FOSYGA, debe remitir a la SBC, dentro de los dos primeros meses de cada año, un reporte en el que se informe el monto consignado por cada una de las entidades obligadas, indicando además cuáles entidades aseguradoras no efectuaron las transferencias en forma oportuna durante el año inmediatamente anterior. Con base en este reporte la SBC verifica los aportes bimestrales en cuanto a montos y oportunidad.

3.1.4. Condiciones generales de la póliza

En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 5º, artículo 193 EOSF a continuación se señalan las condiciones generales que deben observar las pólizas SOAT:

3.1.4.1. Amparos. La entidad aseguradora está obligada a indemnizar los daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito ocurridos dentro del territorio nacional, con el vehículo automotor descrito en la carátula de la póliza y con sujeción a lo señalado en el artículo 193 EOSF y en el presente numeral:

a. En cuanto se refiere a los servicios médicos quirúrgicos a que se refiere el literal a) del artículo 193 EOSF, éstos deben comprender cuando menos los siguientes:

- a1.** Atención de urgencias
- a2.** Hospitalización
- a3.** Suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.
- a4.** Suministro de medicamentos
- a5.** Tratamiento y procedimientos quirúrgicos
- a6.** Servicios de diagnóstico
- a7.** Rehabilitación

b. Para los efectos de lo dispuesto en el literal b), artículo 193 EOSF se debe utilizar la tabla de valuación de incapacidades y el manual de invalidez que se aplica en el sistema general de riesgos profesionales.

3.1.4.2. Exclusiones. El SOAT no se encuentra sujeto a exclusión alguna y por ende ampara todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito.

3.1.4.3. Acción para reclamar. Tendrán acción para reclamar de la entidad aseguradora las indemnizaciones por las coberturas otorgadas en esta póliza, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas que hayan prestado los servicios médicos quirúrgicos o quienes hubieren cancelado su valor, la víctima que sea declarada incapacitada permanentemente, los beneficiarios en caso de muerte, así como las personas que hubieren sufragado los gastos funerarios y de transporte al centro asistencial.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

3.1.4.4. Presentación de la reclamación. Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones aseguradas deben presentar la respectiva reclamación a la entidad aseguradora y acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, si fuere el caso (artículo 1077 C.Co).

Para determinar el valor de la indemnización por incapacidad permanente es obligatorio aportar el certificado o dictamen expedido por las juntas de calificación de invalidez.

Para las demás coberturas pueden utilizarse cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, siempre y cuando el escogido sea conducente, pertinente e idóneo para demostrar los hechos. Los siguientes documentos se consideran pruebas suficientes, según la clase de amparo afectado:

a. La certificación expedida por el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario, para demostrar la ocurrencia del accidente de tránsito.

b. Los registros civiles o las pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley, para probar la muerte y la calidad de causahabiente. Si la víctima vivía en unión libre, debe anexarse la manifestación del interesado.

c. Para los gastos funerarios, el certificado de defunción expedido por el notario o el acta de levantamiento del cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente y la correspondiente certificación de pago o la factura expedida por la entidad que prestó los servicios.

d. La constancia de la efectiva realización y movilización de las víctimas resultantes del accidente de tránsito, para probar los gastos por transporte al centro asistencial.

3.1.4.5. Pago de la indemnización y sanción por mora. La entidad aseguradora está obligada a efectuar el pago de la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que las instituciones prestadoras de servicios de salud, la víctima o sus causahabientes, o las personas que demuestren haber sufragado los gastos funerarios y de transporte, acrediten su derecho ante la aseguradora y hayan demostrado la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Vencido este plazo, el asegurador debe reconocer y pagar al asegurado o beneficiarios, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 1080 C.Co.

Cuando la entidad aseguradora encuentre que existen serios motivos de objeción a la reclamación que presenten las entidades clínicas hospitalarias, debe poner en conocimiento del reclamante tales objeciones, dentro del término previsto para el pago de la indemnización. No obstante, la aseguradora en todo caso debe pagar, como anticipo imputable a la indemnización, una suma equivalente al 60% del monto inicialmente reclamado, siempre que la reclamación se haya presentado de conformidad con lo dispuesto en las normas que la regulan.

3.1.4.6. Irrevocabilidad. El contrato no puede ser revocado por ninguna de las partes intervinientes en el mismo.

3.1.4.7. Cambio de cilindraje. El tomador debe notificar por escrito a la entidad aseguradora, el cambio de cilindraje en el mismo. La notificación debe hacerla con una antelación no menor de diez (10) días a la fecha del cambio y en este evento, la entidad aseguradora y el tomador, pueden exigir el reajuste o la devolución a que haya lugar en el valor de la prima.

3.1.4.8. Transferencia del vehículo. La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no produce la terminación del contrato de seguro, el cual continua vigente hasta su expiración.

3.1.4.9. Régimen legal. Lo no previsto en el contrato se rige por lo dispuesto en el EOSF, las normas que regulan el contrato de seguro en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

3.1.4.10. Definiciones

- **Accidente de tránsito:** Evento generalmente involuntario, generado al menos por un vehículo en movimiento, que causa daños a personas y bienes involucrados en él e igualmente afectan la normal circulación de los vehículos que se movilizan por la vía o vías comprendidas en el lugar o dentro de la zona de influencia del hecho
- **Automotores:** Se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición:
 - a)** Los vehículos que circulan sobre rieles.
 - b)** Los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

- **Víctima:** Se entiende por víctima, la persona que ha sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de un accidente de tránsito.
- **Servicios médicos quirúrgicos:** Se entienden por servicios médicos quirúrgicos todos aquellos servicios destinados a lograr la estabilización del paciente, el tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del accidente de tránsito y a la rehabilitación de las secuelas producidas.
- **Incapacidad permanente:** Se entiende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una parte del cuerpo que disminuya la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente.
- **Beneficiario:** Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho ante el asegurador, para obtener el pago de la indemnización. De acuerdo con las coberturas otorgadas en esta póliza, son beneficiarios:

De la indemnización por muerte, las personas señaladas en el artículo 1142 C.Co. En todo caso a falta de cónyuge, en los casos que corresponda a este la indemnización, se tendrá como tal el compañero o compañera permanente que acredite dicha calidad. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.

De las indemnizaciones por gastos funerarios y transporte al centro asistencial, quienes demuestren haber realizado las correspondientes erogaciones.

3.1.5. Tarifa máxima anual

El numeral 5º, artículo 193 EOSF establece que le corresponde a la SBC señalar con carácter uniforme, las tarifas máximas que pueden cobrarse por el SOAT. En desarrollo de lo dispuesto en dicho artículo, al final del presente título se encuentran como anexos las siguientes tablas que contienen las tarifas máximas que se deben cobrar al expedir el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, las cuales fueron adoptadas por la SBC mediante Circular Externa 048 de 2002:

Anexo 1 – Tarifa máxima anual del Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito – SOAT en salarios mínimos legales diarios vigentes a partir del 27 de noviembre de 2002.

Anexo 2 – Tarifa máxima anual del Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito – SOAT en salarios mínimos legales diarios vigentes a partir del 1 de junio de 2003.

Anexo 3 – Tarifa máxima anual del Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito – SOAT en salarios mínimos legales diarios vigentes a partir del 1 de diciembre de 2003.

3.2. Reglas aplicables al seguro de invalidez y sobrevivientes

El artículo 108 de la Ley 100 de 1993 establece la obligación de las administradoras de suscribir seguros que garanticen los aportes adicionales necesarios para financiar las pensiones de invalidez y sobrevivientes, los cuales deben ser colectivos y de participación. A su vez el artículo 79 de la mencionada ley consagra los planes que pueden expedir las entidades aseguradoras como opciones de pensión para los afiliados de una administradora.

Para garantizar el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en la mencionada ley, a continuación se establecen los requisitos mínimos que deben reunir tales pólizas de seguros:

3.2.1. Características de las pólizas. Las pólizas de seguro de invalidez y sobrevivientes que contraten las sociedades que administren fondos de pensiones deben ser colectivas y de participación.

Las pólizas se entienden colectivas, para los efectos del presente instructivo, si otorgan cobertura a un número plural de afiliados de la administradora que contrata el seguro.

Las pólizas son de participación si la entidad aseguradora se obliga a repartir utilidades a los afiliados. La entidad aseguradora debe remitir previamente a la SBC las notas técnicas en las cuales se establezcan la forma de cálculo de dicha participación.

3.2.2. Condiciones Generales. Las pólizas de seguro de invalidez y sobrevivientes deben ajustarse a los siguientes parámetros:

3.2.2.1. Amparo: Mediante las pólizas de seguro de invalidez y sobrevivientes que contraten las sociedades que administren fondos de pensiones, la entidad aseguradora debe otorgar cobertura automática a las personas afiliadas a la administradora y asegurar el pago de las sumas adicionales que sean necesarias para completar el capital que financie el monto de la pensión, originadas por la declaración de invalidez que emitan las respectivas Juntas Regionales o Seccionales de Calificación de Invalidez y de los aportes adicionales para afiliados no pensionados que generen pensiones de sobrevivientes, en los siguientes casos:

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

a. Afiliados que se encuentran cotizando al sistema y que hayan cotizado por lo menos veintiséis (26) semanas al momento de producirse el estado de invalidez o el fallecimiento. Para los efectos de este seguro se entiende que un afiliado se encuentra cotizando al sistema, cuando ha efectuado el pago de las cotizaciones pensionales correspondientes.

b. Afiliados que no están cotizando al momento de producirse el estado de invalidez o el fallecimiento, salvo los casos en que hubiere cesado tal obligación, pero que han efectuado aportes durante por lo menos veintiséis (26) semanas del año inmediatamente anterior al momento en que se produce el hecho.

3.2.2.2. Auxilio funerario: La aseguradora debe reembolsar a la administradora, el valor que ésta haya pagado a la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del afiliado, por concepto de auxilio funerario, el cual es equivalente al último salario base de cotización, siempre que no sea inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario.

3.2.2.3. Exclusiones: La entidad aseguradora puede excluir su responsabilidad solamente en los siguientes eventos:

a. Participación del afiliado en guerra civil o internacional declarada o no, motines, rebelión, sedición, asonada y actos terroristas, suspensión de hecho de labores, movimientos subversivos o conmociones populares de cualquier clase.

b. Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva derivada o producida con motivo de hostilidades.

c. Invalidez provocada intencionalmente.

d. Invalidez o muerte originadas en accidente de trabajo o enfermedad profesional, pues no constituyen objeto de cobertura bajo este seguro.

3.2.2.4. Definiciones

- **Tomador:** La sociedad que administra fondos de pensiones que contrata el seguro de invalidez y de sobrevivientes.
- **Asegurado:** La persona incorporada al Sistema General de Pensiones en los términos del artículo 15 de la Ley 100 de 1993, y las normas que lo reglamentan, mediante su afiliación a la sociedad que administra el fondo de pensiones.
- **Invalído:** El afiliado declarado como tal conforme al artículo 38 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo reglamentan, por las Juntas Regionales o Seccionales de Calificación de Invalidez cuando ésta resuelva en segunda instancia.
- **Capital necesario:** El definido en los artículos 70 y 77 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo reglamentan.
- **Aporte adicional:** El definido en los artículos 70 y 77 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo reglamentan.

3.2.2.5. Valores asegurados. El seguro debe ser suficiente para cubrir íntegramente los siguientes beneficios:

a. Los aportes adicionales necesarios que correspondan a los afiliados declarados inválidos por las Juntas Seccionales o Regionales de Calificación de Invalidez.

b. Los aportes adicionales necesarios que deben abonarse en las cuentas para afiliados a la administradora no pensionados, que generen pensiones de sobrevivientes.

c. El auxilio funerario del afiliado.

3.2.2.6. Prima. La prima del seguro se determina de acuerdo con las tarifas que cumplan los requisitos que señala el numeral 3o. del artículo 184 EOSF y con sujeción a las bases técnicas que señale la SBC en relación con las tablas de mortalidad e invalidez, en los términos del Decreto 656 de 1994, e interés. Siempre que la entidad aseguradora modifique la tarifa de una póliza debe informar de ello a la SBC anexando la nueva nota técnica con los soportes estadísticos que justifiquen el cambio.

3.2.2.7. Pago de la prima. El pago de la prima, que corresponde a la administradora, se debe hacer en la forma que acuerden las partes.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

3.2.2.8. Siniestros. Se entiende ocurrido el siniestro al fallecimiento o al momento en que acaezca el hecho que origine la invalidez de un afiliado. No obstante, en este último caso, el asegurador solo está obligado al pago a la declaración en firme de la invalidez.

La entidad aseguradora debe, en caso de declararse la invalidez o de producirse la muerte del afiliado, trasladar a la Administradora el aporte adicional que corresponda, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a aquel en que la administradora presente la reclamación en debida forma.

La administradora en su condición de tomador, debe informar a la aseguradora, dentro de los dos (2) días siguientes a la presentación de la solicitud de dictamen ante la Junta Regional, el capital que a la fecha hubiere en la cuenta de ahorro pensional y el bono pensional a que tenga derecho el afiliado, si es el caso.

3.3. Reglas aplicables al ramo Pensiones Ley 100

3.3.1. Autorización de productos por parte de la SBC

Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 1.1. del presente capítulo, todo producto que del ramo de pensiones Ley 100 se pretenda explotar deberá contar con la autorización previa de la SBC, de conformidad con lo previsto en el artículo 95 de la Ley 100 de 1993.

Para ello, se deberá remitir en todos los casos el modelo de póliza, sus anexos y la respectiva nota técnica, la cual deberá cumplir con los requisitos establecidos en el numeral 1.1.6 del presente capítulo.

De igual forma, cualquier modificación tanto de la póliza, anexos o de la nota técnica se deberá someter a autorización previa de la SBC.

3.3.2. Planes de pensiones

De acuerdo con el artículo 95 de la Ley 100 de 1993, las entidades autorizadas para actuar como administradoras o aseguradoras del Sistema General de Pensiones, deben someter a la aprobación de la SBC los planes de capitalización y de pensiones que pretendan administrar, los cuales deben comprender todos los riesgos a que hace referencia dicha ley y señalar las condiciones específicas de cada amparo, según lo determina su artículo 96.

Para garantizar el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 95 y 96 de la Ley 100 de 1993, a continuación se establecen los requisitos mínimos que deben reunir las pólizas de seguros:

3.3.2.1. Naturaleza del Seguro. Los planes de renta vitalicia deben adoptar la modalidad de seguros de participación. Las pólizas son de participación, si la entidad aseguradora se obliga a repartir utilidades a los pensionados.

3.3.2.2. Condiciones de los planes para las pólizas previsionales de renta vitalicia. Los planes de pensión que se sometan a aprobación de la SBC deben ajustarse a los siguientes parámetros:

a. Póliza Previsional de Renta Vitalicia Inmediata

a1. Amparo. En virtud del seguro de renta vitalicia inmediata la entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado una renta mensual vitalicia, de conformidad con lo previsto en el artículo 80 de la Ley 100 de 1993.

Al fallecimiento del pensionado, la aseguradora debe pagar el auxilio funerario a que se refiere el artículo 86 de la Ley 100 de 1993 y las pensiones mensuales de sobrevivientes en favor de los beneficiarios por el tiempo a que ellos tengan derecho.

a2. Definiciones. Para los efectos del presente seguro se entiende por:

- **Afiliado:** La persona incorporada al Sistema General de Pensiones en los términos del artículo 15 de la Ley 100 de 1993, mediante su afiliación a una sociedad que administre fondos de pensiones.
- **Pensionado:** El pensionado o el beneficiario de la pensión de sobrevivientes de un afiliado fallecido que contrate la póliza de renta vitalicia.
- **Rentista:** La persona a la cual la entidad aseguradora le paga una renta vitalicia previsional.
- **Beneficiarios:** Las personas que cumplan los requisitos señalados en el artículo 74 de la Ley 100 de 1993 y que figuren como tales en las condiciones particulares de la póliza.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

a3. Irrevocabilidad. Sin perjuicio de lo dispuesto en el EOSF sobre cesión de activos, pasivos y contratos y demás normas relativas al funcionamiento de las instituciones financieras, y de lo previsto en el artículo 70 de la Ley 100 de 1993 sobre cesación del estado de invalidez, ninguna de las partes puede poner término anticipado al contrato de renta vitalicia inmediata, el cual debe permanecer vigente hasta la muerte del pensionado o del último de sus beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivientes, si los hubiere.

a4. Designación de beneficiario. Los beneficiarios deben ser individualizados en las condiciones particulares de la póliza. Si con posterioridad surgen otras personas con derecho a pensión de sobrevivientes, se deben recalcular las pensiones determinadas inicialmente incluyendo a todos los beneficiarios de acuerdo con la Ley. Dicho recálculo se debe efectuar en función de la reserva matemática que mantenga la entidad aseguradora al momento de acreditarse los nuevos beneficiarios.

a5. Prima. La prima es única, pagadera en una sola vez por la sociedad que administre el fondo de pensiones en la cual se encuentra el afiliado. Con cargo a dicha prima solo se otorgan los beneficios señalados en los artículos 80 y 86 de la Ley 100 de 1993.

Lo anterior no obsta para que la aseguradora otorgue beneficios adicionales, previa aprobación de la SBC.

a6. Reajuste de valores. Las pensiones mensuales que otorga la póliza se reajustan en los términos que señala el artículo 14 de la Ley 100 de 1993.

a7. Monto de pensiones. Las pensiones que se determinen en virtud de una póliza previsional de renta vitalicia inmediata deben ser uniformes en términos de poder adquisitivo constante y no pueden ser contratadas por valores inferiores a la pensión mínima de vejez vigente del momento.

Las pensiones de sobrevivientes equivalen a los porcentajes establecidos en el artículo 48 de la Ley 100 de 1993.

a8. Ajustes de prima y pensiones Si por efecto de las variaciones que sufran el valor de la unidad real UVR y la cuota del fondo de pensiones, entre la fecha de contratación del seguro y la del pago efectivo de la cuenta individual del afiliado se produce alguna discrepancia entre el monto convenido y el valor realmente traspasado por la administradora a la entidad aseguradora, se deben ajustar los valores de la prima única y de las pensiones, de acuerdo con lo realmente percibido por el asegurador, manteniéndose en todo caso, los mismos criterios y parámetros utilizados en el cálculo original.

a9. Pago de pensiones. Las pensiones que se devenguen en virtud de esta póliza comienzan a pagarse a más tardar dentro del mes calendario siguiente a la fecha de vigencia inicial, o de la fecha en que el beneficiario acredite la muerte del pensionado que recibe pensión de vejez o de invalidez, si se trata de pensiones de sobrevivientes.

Las pensiones se deben pagar el día y lugar que convengan las partes y no devengarán intereses ni reajustes por atrasos en su cobro, que sean imputables al pensionado o beneficiario. A falta de estipulación expresa, el pago se debe efectuar el día veinte de cada mes o siguiente día hábil si aquel no fuere hábil, en la oficina de la aseguradora más cercana al domicilio del pensionado o beneficiario, según el caso. Las pensiones de sobrevivientes de los hijos incapaces del pensionado fallecido se deben pagar a quien los represente legalmente.

a10. Auxilio funerario. La aseguradora debe pagar por una sola vez a la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del pensionado, un auxilio funerario equivalente al valor correspondiente a la última mesada pensional recibida, la cual no debe ser inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario.

a11. Fecha de vigencia inicial. Este seguro tendrá vigencia a partir de la fecha en que se efectúe el traspaso de la prima única por parte de la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se encuentre incorporado el afiliado.

Las pensiones de vejez y de invalidez se devengan a partir del primer día del mes en que entre en vigencia la póliza, y las pensiones de sobrevivientes causadas por un pensionado fallecido, se devengan a partir de la fecha de su muerte.

No se deben pagar las pensiones de sobrevivientes señaladas en el inciso anterior, en el mismo mes en que se paguen pensiones de vejez o invalidez.

a12. Liberalidad de condiciones. La póliza no puede imponer a los asegurados o beneficiarios restricciones en cuanto a residencia, profesión, oficio, cargo o actividad en general.

b. Pólizas previsionales de renta vitalicia diferida

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

b1. Amparo. En virtud del seguro de renta vitalicia diferida, la entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado una renta vitalicia mensual, a partir de la fecha determinada en las condiciones particulares de la póliza, de conformidad con lo establecido en el artículo 82 de la Ley 100 de 1993.

Al fallecimiento del pensionado, la aseguradora debe pagar el auxilio funerario a que se refiere el artículo 86 de la Ley 100 de 1993 y las pensiones mensuales de sobrevivientes en favor de los beneficiarios por el tiempo a que ellos tengan derecho.

b2. Pago de las pensiones. Las pensiones que se devenguen en virtud de esta póliza comenzarán a pagarse a más tardar dentro del mes calendario siguiente a la fecha en que se vence el período de diferimiento convenido. En el evento en que el afiliado fallezca devengando la renta por cuenta de la aseguradora, los beneficiarios recibirán los pagos dentro del mes siguiente a la fecha en que estos acrediten la muerte del pensionado, sin perjuicio de las pensiones que se devenguen desde la fecha del fallecimiento, no pudiendo en un mismo mes pagarse simultáneamente pensiones al asegurado y a sus beneficiarios.

Las pensiones se pagan en el día y lugar que convengan las partes y no devengarán intereses ni reajustes por atraso en su cobro, que sean imputables al pensionado o beneficiario. A falta de estipulación en contrario, el pago se debe efectuar el día veinte (20) de cada mes o siguiente día hábil si aquel no fuere hábil, en la oficina de la aseguradora más cercana al domicilio del pensionado o beneficiario, según el caso.

Las pensiones de sobrevivientes de los hijos incapaces del pensionado fallecido se pagarán a quien los represente legalmente.

b3. Fecha de vigencia inicial. Este seguro entra en vigencia a partir de la fecha en que se haya efectuado el traspaso de la prima única por parte de la administradora a la cual se encuentre incorporado el afiliado.

Las pensiones se devengan a partir de la fecha convenida entre el asegurado y la compañía, señalada en las condiciones particulares de la póliza.

No se pagarán las pensiones de sobrevivientes señaladas en el inciso anterior en el mismo mes en que se paguen pensiones de vejez o invalidez.

b4. Anticipo de las pensiones. El asegurado puede anticipar la fecha a partir de la cual la aseguradora iniciará el pago de la renta vitalicia diferida, siguiendo alguno de los siguientes procedimientos:

- Disminuyendo el monto de la renta convenida, la cual no puede ser inferior a la pensión mínima de vejez vigente.
- Pagando una prima adicional con cargo al saldo que se mantuviere en las cuentas individuales de ahorro pensional en la sociedad que administre el fondo de pensiones en que se encuentre afiliado.
- Una combinación de los anteriores.

b5. Aplicación de otras condiciones. A las pólizas de renta vitalicia diferida le son aplicables en lo pertinente las previsiones contenidas en el numeral 3.3.2.2. literal a. del presente capítulo.

b6. Reclamaciones. Los trámites o reclamaciones que deben formularse ante la entidad aseguradora en virtud de los planes de pensiones aquí regulados, serán realizadas por la administradora a nombre del pensionado.

3.4. Reglas aplicables al seguro de riesgos profesionales

3.4.1. Autorización del ramo

En las solicitudes de autorización para la operación del ramo de seguro de riesgos profesionales deben acreditarse, además de los requerimientos señalados en la ley y en el numeral 1.1 del presente Capítulo, salvo lo dispuesto en el subnumeral 1.1.6., los siguientes:

3.4.1.1. Capacidad Administrativa. Se deben acreditar ante la SBC las medidas que se hayan adoptado para efectuar el control estadístico a que alude el artículo 61 del decreto 1295 de 1994 o la norma que lo sustituya.

3.4.1.2. Prestación de Servicios de Prevención. Se debe detallar la conformación, dentro de la estructura organizacional de la compañía, del departamento de prevención de riesgos profesionales que cumpla las funciones de prevención, asesoría y evaluación de riesgos profesionales así como la promoción y divulgación de programas de medicina laboral, higiene industrial, salud ocupacional y seguridad industrial. Esta explicación debe contener, por lo menos, una descripción de la estructura organizacional que la entidad aseguradora ha definido para cumplir con estas funciones así como el perfil de las personas que desarrollarán funciones dentro de la estructura planteada para tales fines.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

En caso de que se decida prestar estos servicios mediante el concurso de terceras personas, éstas deben contar con licencia expedida por el Ministerio de Salud para la prestación de servicios de salud ocupacional a terceros, para lo cual se hace necesario informar dicha circunstancia con precisión del acto por el cual se autorizó, así como del contrato o arreglo suscrito con la entidad para la prestación de estos servicios.

3.4.2. Administración del Sistema de Riesgos Profesionales

3.4.2.1. Vinculación y desvinculación al sistema general de riesgos profesionales

a. Afiliación al sistema general de riesgos profesionales. La afiliación al sistema general de riesgos profesionales se debe efectuar mediante el diligenciamiento del “Formulario de Afiliación” y el “Anexo al Formulario de Afiliación” cuyos formatos e instructivos se encuentran incorporados bajo las proformas B.3000-01 y B.3000-02, respectivamente, los cuales constituyen el correspondiente contrato entre la administradora de riesgos profesionales y el empleador en cada caso. **(Anexos 39 y 40 del presente capítulo)**

La afiliación se entiende perfeccionada el día calendario siguiente a aquel en que el formulario ha sido recibido por la entidad administradora de riesgos profesionales respectiva, sin que se requiera documento, contrato o confirmación adicional alguna, sin perjuicio de la facultad que asiste a la entidad administradora de riesgos profesionales de determinar, con posterioridad a la afiliación, si ésta corresponde a la clasificación real.

Cuando se trate de afiliación de ingreso al sistema general de riesgos profesionales, la cobertura se inicia desde la fecha de perfeccionamiento de la afiliación. En los casos de traslado de administradora de riesgos profesionales, la cobertura se inicia desde el primer día del mes siguiente a aquel en que vence el término señalado para el aviso de desafiliación en el artículo 7 del decreto 1772 de 1994.

Sin perjuicio del perfeccionamiento de la afiliación y vigencia de las coberturas en los términos del artículo 6 del decreto 1772 de 1994, la entidad administradora de riesgos profesionales debe hacer entrega al empleador, dentro de los quince días siguientes al del recibo del formulario, de un ejemplar del formulario de afiliación firmado por el representante legal de la administradora.

b. Novedades – ingreso y retiro de trabajadores. La afiliación de nuevos trabajadores al sistema general de riesgos profesionales, como consecuencia de su vinculación laboral, debe efectuarse a más tardar el día siguiente al de dicha vinculación, mediante el diligenciamiento del formulario “Novedades - Ingreso y Retiro de Trabajadores” incorporado bajo la proforma B.3000-04. **(Anexo 42 del presente título)**

La cobertura comenzará a operar al día calendario siguiente a aquel en que este formulario ha sido recibido por la entidad administradora respectiva.

c. Novedades Empleador – Centros de Trabajo. En el formulario “Novedades Empleador - Centros de Trabajo”, contenido bajo la proforma B.3000-05 se deben incorporar las novedades relacionadas con el empleador y los centros de trabajos, indicando en cada caso el código que corresponda. Este formulario se debe tramitar únicamente cuando se presente alguna de dichas novedades. **(Anexo 43 del presente título)**

d. Relación de beneficiarios. Para efectos de la relación de beneficiarios se debe diligenciar el formulario único “Beneficiarios de Trabajadores Afiliados”, proforma B.3000-03, el cual debe ser distribuido gratuitamente por las administradoras de riesgos profesionales a los empleadores al momento de su afiliación por primera vez al sistema. **(Anexo 41 del presente título)**

Los formularios de beneficiarios de los trabajadores afiliados no se requerirán para que se entienda efectuada y perfeccionada la afiliación, en consecuencia, serán entregados al empleador, quien puede diligenciarlos con posterioridad a la afiliación.

En los casos de traslado de administradora de riesgos profesionales, el empleador no debe diligenciar nuevamente los formularios de beneficiarios, cuando éstos se encuentren ya debidamente diligenciados.

Con excepción de lo dispuesto en el inciso 2º, artículo 46 del Decreto 1406 de 1999, el empleador debe mantener en sus archivos a disposición de las administradoras, los formularios, así como todos los documentos que acrediten la condición legal de beneficiarios y suministrarlos debidamente actualizados en caso de invalidez o muerte del trabajador, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud de la administradora.

3.4.2.2. Liquidación de aportes al sistema general de riesgos profesionales

Es obligación de todo aportante, presentar mensualmente la declaración de autoliquidación de las cotizaciones al sistema general de riesgos profesionales e incorporar allí las novedades ocurridas durante el período, así como el respectivo comprobante de pago de aportes, en los lugares señalados por las respectivas administradoras y en las fechas determinadas en el decreto 1406 de 1999 y en los formularios establecidos para tal efecto.

TITULO VI – CAPITULO SEGUNDO

Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras

Circular Externa 052 de 2002

Página 20

Diciembre 2002

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

a. Liquidación y pago integrado de aportes al sistema general de riesgos profesionales. Cuando más de un riesgo sea administrado por una entidad o cuando las entidades administradoras de los diferentes sistemas generales del Sistema de Seguridad Social Integral, hayan celebrado alianzas estratégicas para la administración y recaudación de las cotizaciones, siempre que garanticen la separación de los recursos por cada riesgo; los aportantes deben diligenciar el “formulario integrado de autoliquidación de aportes” incorporado bajo la proforma B.0000-02 - SNS- 5000.001 y el “comprobante integrado para el pago de aportes”, incorporado bajo la proforma B.0000-03 - SNS- 5000.002, “formulario de autoliquidación de aportes – sistema general de riesgos profesionales” proforma B.3000-10 y “comprobante para el pago de aportes – sistema general de riesgos profesionales” proforma B.3000-11.

b. Imputación de pagos. Para efectos de la imputación de pagos a que se refiere el artículo 54 del Decreto 1406 de 1999, cuando el aportante opte por presentar la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema General de Riesgos Profesionales y pagar las cotizaciones por cada una de sus sucursales, la imputación se debe realizar a partir del total de los aportes recaudados del empleador y no los de cada sucursal. Lo anterior, como quiera que se trata de un solo empleador y, por ende, sólo existe un contrato de afiliación al Sistema.

3.4.2.3. Reglas generales de los formularios del sistema general de riesgos profesionales. Las administradoras de riesgos profesionales deben suministrar a los empleadores, sin costo alguno (con excepción de lo previsto en el inciso segundo, artículo 49 del Decreto 1406 de 1999), los formularios del sistema general de riesgos profesionales, los cuales se sujetan a las siguientes características generales:

- a. Los formularios hacen parte del sistema general de riesgos profesionales. Su denominación y presentación visual deben hacer dominante este aspecto.
- b. Se debe incorporar la identificación de la respectiva entidad administradora de riesgos profesionales, consistente en la indicación de su razón social y su número de identificación tributaria (NIT).

La identificación puede contener el logotipo de la entidad, cuya dimensión debe ajustarse a las características del formato y en cualquier caso subordinarse visualmente al nombre o título del formulario. No se puede incorporar a los formularios otra clase publicidad.

Sin perjuicio de lo específicamente previsto para dirección de notificaciones en el formulario de afiliación, se puede incluir en los formularios las direcciones y números telefónicos de los lugares en los que la entidad administradora atenderá las consultas correspondientes al sistema general de riesgos profesionales en temas tales como diligenciamiento de formularios, etc.

- c. La identificación del empleador se establece por su razón social, su número de identificación tributaria, el nombre y cargo del representante legal, dirección, teléfono fax y correo electrónico, en el caso de las personas jurídicas. Los empleadores personas naturales se identifican por su nombre, cédula de ciudadanía, dirección, teléfono, fax y correo electrónico.
- d. El formulario de afiliación debe ser firmado por el empleador o su representante legal, según sea el caso. Los demás formularios pueden ser firmados por éstos o por la persona que el empleador designe. La declaración de autoliquidación de aportes y el comprobante para el pago de aportes deben ser firmados por el aportante, el representante legal o el apoderado, según corresponda.

La firma del empleador o sus representantes autorizados en los formularios del sistema general de riesgos profesionales, certifican la información contenida en los mismos.

- e. Todos los formularios y anexos posteriores al formulario de afiliación, deben hacer referencia al número de éste último o a la identificación del empleador.

Las administradoras de riesgos profesionales deben adoptar sistemas de numeración del formulario de afiliación que aseguren la fácil identificación y referencia de la vinculación de cada empleador, tales como secuencias numéricas consecutivas o el número de identificación tributaria o de la cédula de ciudadanía del empleador.

- f. Los formularios se deben diligenciar en original y al menos una copia destinada al empleador. A opción de la administradora de riesgos profesionales, a ellos se debe adjuntar un ejemplar de borrador, en el cual se incorporarán las instrucciones para su diligenciamiento, o se entregarán al empleador cartillas explicativas para el efecto y ejemplares en borrador independientes.

Tanto el anexo del formulario de afiliación como las novedades de ingreso y retiro de trabajadores deben diligenciarse por escrito, sin perjuicio de que sea suministrada a la administradora la misma información en medio magnético.

- g. En el formulario de afiliación y su anexo y en el de novedades de ingreso y retiro de trabajadores, se debe incorporar en la parte final una sección de recepción, que obrará como constancia de recibo de los mismos y debe ser íntegramente diligenciada al momento de su entrega a la entidad administradora de riesgos profesionales por los funcionarios de ésta.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

Esta sección contendrá las siguientes indicaciones: fecha y hora de recepción, lugar de recepción, nombre completo de la persona que recibe y firma y sello de recepción.

El formulario de novedades de ingreso y retiro de trabajadores puede ser remitido a la administradora de riesgos profesionales vía fax y surtirá sus efectos a partir del día calendario siguiente, siempre y cuando el original sea entregado a la administradora en este día y se deje constancia por ésta de su recibo vía fax el día anterior.

Para los formularios de autoliquidación de aportes y comprobante de pago de aportes, las administradoras de riesgos profesionales deben adoptar procedimientos de entrega o remisión que aseguren la adecuada operación del sistema general de riesgos profesionales.

- h. La información contenida en los formularios es confidencial y sólo puede ser utilizada para efectos de la operación del sistema general de riesgos profesionales.
- i. Con excepción de los formularios de autoliquidación de aportes, individual o integrado, bien sea que se utilicen en medio magnético o físico, en los demás formularios se puede solicitar información adicional a la señalada en esta circular. La solicitud se debe incorporar bien como una sección independiente del resto del formulario y estar precedida de la advertencia, en caracteres destacados, sobre que el diligenciamiento de la información adicional es voluntario y no condiciona en forma alguna la afiliación o permanencia en el sistema general de riesgos profesionales; o bien como columnas adicionales a las básicas del formulario, ubicadas a continuación de estas últimas, respecto de las cuales se debe efectuar la misma advertencia.
- j. Los códigos que se deben utilizar en el diligenciamiento de los formularios del sistema general de riesgos profesionales.

3.4.2.4. Traslado de administradora de riesgos profesionales. Conforme con lo dispuesto en el artículo 7 del decreto 1772 de 1994, para el traslado de administradora de riesgos profesionales al empleador le basta dar aviso a la entidad de la cual se retira, mediante comunicación escrita en la que manifieste su decisión de terminar la afiliación, con por lo menos treinta (30) días comunes de antelación a la desvinculación.

Dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de la comunicación, la administradora de riesgos profesionales debe expedir al empleador constancia de afiliación en la que se contenga la siguiente información:

- a. Nombre o razón social del empleador y cédula de ciudadanía o número de identificación tributaria.
- b. Número del formulario de afiliación.
- c. Vigencia de la afiliación, indicando las fechas de inicio y terminación de la misma.
- d. Número de trabajadores afiliados a la fecha de expedición de la constancia.
- e. Relación de los centros de trabajo del empleador, indicando para cada uno la clasificación de acuerdo con las normas legales vigentes y la tarifa con base en la cual se determina el monto de la cotización a la fecha de expedición de la constancia.
- f. Estado de cuenta del empleador, que corresponderá al informe sobre si se encuentra al día en el pago de las cotizaciones en la fecha de expedición de la constancia; en caso contrario, sobre los períodos por los que se encuentre en mora.

La no expedición oportuna de la constancia de afiliación a la que se refiere el presente numeral, dará lugar a las responsabilidades del caso por impedimento o dilación a la libertad de escoger la entidad administradora de riesgos profesionales.

Para los efectos de la desafiliación automática del Sistema General de Riesgos Profesionales, el trimestre inmediatamente anterior no comprende el período mensual que vence simultáneamente con la terminación de la afiliación.

3.4.2.5. Información a los trabajadores afiliados. Las entidades administradoras de riesgos profesionales deben promover el conocimiento por parte de los trabajadores afiliados de las características y operación del sistema general de riesgos profesionales, mediante cartillas, que deben ponerse a disposición de los trabajadores sin costo alguno.

3.4.2.6. Control de formularios. En cualquier tiempo, cuando los formularios utilizados por una administradora no se ajusten a lo dispuesto en las normas legales o en este Título, la SBC puede ordenar que se suspenda su utilización y se adopten los correctivos del caso.

Las modificaciones que en cualquier tiempo se pretendan introducir a los formularios utilizados por las administradoras deben ser informadas previamente a la SBC.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

3.4.3. Reserva de enfermedad profesional

Las entidades aseguradoras autorizadas para la operación del ramo de riesgos profesionales deben constituir al final de cada mes, una reserva de enfermedad profesional. Esta reserva es acumulativa y sólo puede destinarse a cubrir los montos que la entidad transfiera a otras administradoras de riesgos profesionales, que repitan contra ella por prestaciones económicas derivadas de enfermedad profesional. El monto de los recursos destinados a la conformación de la presente reserva, serán equivalentes al 2% de la cotización mensual devengada.

3.5. Reglas aplicables al seguro de enfermedades de alto costo

3.5.1. Auditoría Médica

Para efectos de atender las reclamaciones, la aseguradora debe contar con un sistema de auditoría médica interna o externa, contratada esta última con una sociedad especializada en la materia. En este último evento, la aseguradora debe constatar que la sociedad contratada cuente con una reconocida experiencia en el negocio y una adecuada infraestructura administrativa, técnica, operativa y financiera para el desarrollo de su actividad.

En el caso que se opte por una auditoría médica externa, en el contrato que celebre la aseguradora con la sociedad seleccionada se deben incorporar, en forma clara y precisa, cada una de las actividades que le corresponde ejecutar en los procesos establecidos por la aseguradora y los términos con que cuenta para cumplir su gestión.

3.5.2. Condiciones generales de la póliza

En consideración al marco normativo aplicable a cada Régimen, para el ofrecimiento o comercialización de la cobertura de enfermedades de alto costo, se requiere el diseño individual de pólizas de seguro para el contributivo, para el subsidiado, así como para aquellas personas catalogadas como vinculados.

En desarrollo de la previsión contenida en el literal b., numeral 2 del artículo 184 EOSF, en las condiciones generales de la póliza se deben incorporar las siguientes estipulaciones:

- a. Las tarifas que se aplicarán para efectos del pago de las indemnizaciones o la manera de determinarlas.
- b. En caso que se pacte una participación de utilidades, se debe incluir la fórmula para establecer su monto, la cual debe corresponder a la expresada en la nota técnica.
- c. En el evento en que se reconozca una bonificación por buena experiencia, se deben indicar los términos en que ésta se otorgará, los cuales deben corresponder a lo expresado en la nota técnica.
- d. El procedimiento y términos dentro de los cuales el tomador (EPS, ARS, entidades territoriales) deben notificar a la aseguradora el ingreso y egreso de afiliados a la póliza.

3.5.3. Nota técnica

La nota técnica, además de sustentar la tasa pura de riesgo, debe expresar de manera específica, los porcentajes por concepto de gastos de administración, comisión de intermediación y utilidad esperada por la entidad aseguradora. Así mismo, en la nota técnica se deben incorporar los porcentajes por reconocimiento de bonificaciones y participación de utilidades.

Las modificaciones que con posterioridad a la aprobación del ramo se introduzcan a la nota técnica, se deben remitir a esta entidad en forma previa a su utilización.

3.5.4. Generación y reporte de información al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Las entidades aseguradoras que otorguen la cobertura de los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, deben estar en capacidad de generar y reportar, en forma oportuna, la información que requieran los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.6. Reglas aplicables a los seguros de vida

3.6.1. Seguro de vida individual

SUPERINTENDENCIA BANCARIA
DE COLOMBIA

3.6.1.1. Estadísticas de Mortalidad

Anualmente, antes del 9 de agosto, todas las compañías deben allegar la información correspondiente a las pólizas de vida individual del período anual inmediatamente anterior, con corte al 15 de junio, para cuyo efecto a continuación se señala la metodología que deben utilizar, la cual tiene como base la propuesta formulada por la Asociación Colombiana de Actuarios.

Primero- Período de observación y convención sobre fechas: Se establece como período de análisis el comprendido entre el 15 de junio de cada anualidad y el 15 de junio del año siguiente. Para todos los efectos, debe asumirse como 15 el día del mes de una fecha dada.

Segundo - Selección: Deben incluirse todos los asegurados en vida individual cuyas pólizas hayan sido expedidas con calificación de riesgos estándar y expuestos vale decir, aquellos que tuvieron uno o más seguros de vida vigentes, dentro del período señalado, excluyendo coberturas anexas de seguro saldado y prorrogado producidos por dividendos de pólizas básicas, lo mismo que los anexos temporales, incluyendo los prorrogados, saldados y extendidos por acción del valor de cesión de la póliza básica, los anexos por esposa y las pólizas conjuntas, cuyo tratamiento se indica más adelante.

Tercero - Atributos: Los resultados deben clasificarse según los siguientes atributos, los cuales se anotarán como aquí se indica:

1) Sexo: Subíndice izquierdo: m (masculino) y f (femenino)

2) Causa de muerte: Superíndice derecho: n (Natural), a (Accidental) y h (Homicidio).

3) Edad: Subíndice derecho. Para su cálculo se utilizará el criterio de la edad actuarial "x", a saber: la edad actuarial x de una persona es el entero más próximo a su edad exacta z, o sea:
$$Z-.5 < x < Z + .5$$

z" es la edad exacta del asegurado al ingresar al estudio, con base en la mayor fecha entre la expedición del seguro más antiguo y la de iniciación del período de observación.

Cuarto - Expuestos (E): Para conocer el número de expuestos se debe utilizar el siguiente método, en donde "t" es el tiempo exacto, en unidades de año o fracción con aproximación de 3 decimales, que duró la cobertura mientras el asegurado tuvo "x" años. Se define jTx como el tiempo de exposición de un asegurado cualquiera "j" durante el año de vida comprendido entre x y x+1. Si "j" murió en dicho intervalo se asumirá que su tiempo de exposición fue igual a todo el año. En resumen:

$${}_jT_x = \begin{cases} t & \text{si (x) sobrevivió} \\ 1 & \text{si (x) murió} \end{cases}$$

Nótese que como t es el tiempo en que la persona "j" permaneció asegurada mientras tuvo la edad x. entonces $0 < t < 1$.

Así el número de vidas con edad x expuestas (o que estuvieron aseguradas), durante la vigencia del estudio será:

$E_x = {}_1T_x + {}_2T_x + \dots + {}_nT_x$ donde "n" es el número de personas distintas observadas, esto es, las personas que integran la cartera.

Y así: $E_x = {}_mE_x + {}_fE_x$, es el número de expuestos por edad y sexo, y

$E = E_0 + E_1 + \dots + E_{20} + E_{21} + \dots + E_w$, es el total, donde "0" y "w" son la edad más alta y más baja observadas, respectivamente.

En las pólizas conjuntas se separan los asegurados asignándoles sus edades respectivas y se les aplica el método para calcular ${}_jT_x$ en forma individual.

Quinto- Número de muertes (N): Se deben contar las muertes observadas entre los asegurados seleccionados para la muestra, clasificados según la edad x al momento de su deceso, su sexo y su causa de muerte, así:

SUPERINTENDENCIA BANCARIA
DE COLOMBIA

$$M_x = M_x^n + M_x^a + M_x^h \text{ muerte por CAUSA}$$
$$\left({}_mM_x + {}_fM_x \right) = \left({}_mM_x^n + {}_fM_x^n \right) + \left({}_mM_x^a + {}_fM_x^a \right) + \left({}_mM_x^h + {}_fM_x^h \right), \text{ muerte por CAUSA Y SEXO}$$
$$= \left({}_mM_x^n + {}_mM_x^a + {}_mM_x^h \right) + \left({}_fM_x^n + {}_fM_x^a + {}_fM_x^h \right), \text{ muertes por SEXO Y CAUSA}$$
$$= {}_mM_x + {}_fM_x, \text{ muertes por SEXO y, finalmente:}$$
$$M = M_0 + M_1 + \dots + M_{20} + M_{21} + \dots M_w, \text{ total muertes observadas}$$

Sexto- **Resultados:** Deben consignarse como se detalla a continuación, aproximando los resultados a 3 decimales:

$$\begin{matrix} x & E_x & M_x & M_x^n & M_x^a & M_x^h & E_x & M_x & M_x^n & M_x^a & M_x^h & E_x & M_x & M_x^n & M_x^a & M_x^h \\ {}_mE & {}_mM & {}_mM^n & {}_mM^a & {}_mM^h & {}_fE & {}_fM & {}_fM^n & {}_fM^a & {}_fM^h & E & M & M^n & M^a & M^h \end{matrix}$$

3.6.2. Seguros de vida con ahorro

Los seguros de vida individual con ahorro, en los cuales el asegurado paga una prima de ahorro puro, no corresponden a los que se señalan en la definición del artículo 201 EOSF. En este orden, la reserva matemática de vida individual con ahorro estará constituida por la reserva del seguro propiamente dicho más el valor acumulado del fondo conformado por las cuotas de ahorro y sus rendimientos, los cuales en su totalidad son retribuibiles al asegurado, siendo susceptibles de descuento únicamente los gastos de administración cuyo monto como porcentaje del valor del fondo administrado y/o de los rendimientos del fondo debe quedar consignado en la nota técnica del seguro.

3.6.3. Seguro de vida grupo

3.6.3.1. Clases. Las pólizas de seguros de vida grupo se clasifican en:

- a. **Deudores:** Cuyo objeto es la protección contra los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente a los deudores de un mismo acreedor, adquiriendo éste, en todos los casos, la calidad de tomador.
- b. **Contributivas:** Cuando la totalidad o parte de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado.
- c. **No Contributivas:** Cuando la integridad de las primas es sufragada por el tomador del seguro.

3.6.3.2. Grupo Asegurable. Es el conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro de vida.

En todo caso, el tomador es responsable por el pago de las primas.

3.6.3.3. Selección. De manera previa a la integración del grupo se deben determinar las reglas tendientes a evitar la selección adversa al asegurador. Para tal efecto éste puede exigir, según las características de cada grupo o de sus integrantes, las pruebas de asegurabilidad necesarias para su correcta selección.

3.6.3.4. Solicitudes. Para contratar un seguro de vida grupo se debe presentar a la entidad aseguradora una solicitud firmada por el tomador, acompañada de las solicitudes individuales de ingreso de los asegurados iniciales. Dichos documentos contendrán, como mínimo, la siguiente información:

- a. Nombre del tomador
- b. Nombre, documento de identificación, ocupación, fecha de nacimiento y sexo del asegurado.
- c. Valor del seguro solicitado
- d. Nombre de los beneficiarios del seguro, parentesco y calidad de su designación.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

3.6.3.5. Condiciones de los certificados individuales. Los certificados individuales de seguro contendrán, como mínimo, la siguiente información:

- a. Número de la póliza a la cual acceden.
- b. Denominación del asegurador y nombre del tomador.
- c. Nombre y documento de identificación del asegurado.
- d. Vigencia del amparo individual, con indicación de la fecha y hora de iniciación.
- e. Suma asegurada o forma de determinarla.
- f. Nombre de los beneficiarios, parentesco, título al cual se hace la designación y porcentaje o cuantía de su participación.
- g. Cláusulas de la póliza referentes a la convertibilidad, si la hubiere, irreductibilidad, causales de terminación del amparo individual y consecuencias resultantes de la inexactitud respecto de la edad en la declaración de asegurabilidad.
- h. Amparos que se otorgan, con su respectiva definición, junto con la determinación del monto de la prima y la tasa aplicada.
- i. Edades desconocidas: Cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo la prima básica de las edades desconocidas se calculará aplicando la tasa correspondiente a la edad que se defina en la tarifa. En el certificado de seguro o recibo correspondiente debe advertirse al asegurado que su prima se liquidó con la tasa correspondiente a dicha edad, por desconocerse la edad real del mismo.

Las tasas promedio no pueden calcularse aplicando esta disposición, por lo cual las edades que conformen la muestra deben conocerse en su integridad.

3.6.3.6. Garantía de la convertibilidad. Con excepción de las pólizas de deudores, a los seguros de vida grupo les será aplicable la cláusula de convertibilidad.

Para tal efecto, las compañías de seguros deben garantizar dicho beneficio en la oportunidad en que se solicite la autorización para operar el ramo correspondiente o al momento de su renovación, mediante los siguientes mecanismos:

Contar con la aprobación de esta entidad para ofrecer pólizas de seguro de vida individual, distintas a los planes temporales o crecientes.

De manera subsidiaria acreditar un contrato con una entidad aseguradora que cumpla con el requisito anterior, mediante el cual esta aseguradora se comprometa a aceptar sin requisitos de asegurabilidad, y en las mismas condiciones vigentes al momento de retirarse del grupo, a aquellos asegurados provenientes de pólizas de vida grupo que accedan a la cláusula de convertibilidad.

3.6.3.7. Pólizas de deudores. Por saldo insoluto de la deuda, para efectos del presente numeral, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro se exprese en unidades de valor real UVR, la indemnización será calculada con base en la cantidad de las aludidas unidades adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en el cual se efectúe el pago.

Si la indemnización tuviese como causa el amparo de incapacidad total y permanente, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual el asegurador informe por escrito al tomador su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad del asegurado. Si el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro se expresa en unidades de valor real UVR, la indemnización será calculada con base en las aludidas unidades adeudadas en la fecha del envío de la citada comunicación, liquidada a la cotización del día en el cual se efectúe el pago.

En este tipo de pólizas, además del deudor o deudores, pueden asegurarse los codeudores por la misma suma asegurada y con los amparos con los cuales cuenten éstos. Pero el tomador sólo puede exigir el seguro para el deudor o deudores.

Cuando existan varios asegurados respecto de una misma deuda serán aplicables las normas contenidas en los incisos precedentes, con ocasión de la realización del riesgo asegurado en relación con cualquiera de los mencionados asegurados.

El seguro terminará para los asegurados sobrevivientes o no incapacitados total y permanentemente, en la fecha de fallecimiento o declaratoria total y permanente para el primero de los asegurados respecto del cual se realice el riesgo asegurado y se cancele la indemnización por el saldo insoluto de la deuda a cargo del asegurador.

3.6.4. Tabla Colombiana de Mortalidad de los Asegurados

Para el efecto remitirse al **Anexo 4** del presente título.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

3.7. Reglas especiales aplicables al ramo Pensiones con conmutación pensional

El ramo de “Pensiones con conmutación Pensional” hace referencia al seguro mediante el cual, por virtud de una conmutación pensional entre la sociedad a cargo de la pensión y la entidad aseguradora, ésta asume el riesgo asociado al pago de pensiones originadas en una relación laboral.

3.8. Tablas de riesgos de vejez, invalidez y sobrevivencia

De acuerdo con el artículo 45 del Decreto 656 de 1994, las entidades administradoras del sistema general de pensiones y las correspondientes entidades aseguradoras de vida deben utilizar para los desarrollos propios de sus productos y de los cálculos actuariales que se deriven de los mismos y que deban efectuar respecto de su operación técnica, cuatro tablas asociadas con los riesgos de vejez, invalidez y sobrevivencia, las cuales deben ser fijadas por la SBC.

Para efectos del cálculo de las primas de seguros de rentas, de invalidez, de sobrevivencia y los productos de planes de pensiones, así como de las reservas correspondientes, se deben observar las tablas que se encuentran contenidas en los siguientes anexos del presente título:

Anexo 5: Tabla de mortalidad de rentistas

Anexo 6: Tabla de invalidez de activos

Anexo 7: Tabla de mortalidad de inválidos

De acuerdo con lo previsto en el artículo 46 del Decreto Ley 656 de 1994, la SBC puede modificar la metodología, presentación y, en general, cualquier aspecto inherente al desarrollo de las tablas a que hace referencia el artículo 45 de la citada norma.

4. REGLAS RELATIVAS A OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

4.1. Emisión de planes alternativos de pensiones

4.1.1. Requisitos

Los planes alternativos de pensiones que emitan las entidades aseguradoras deben elaborarse sobre bases que permitan al afiliado su traslado a otro plan de capitalización o pensiones autorizado y ajustarse a los siguientes requisitos:

4.1.1.1. Amparo: Los planes alternativos de pensiones, deben amparar a los afiliados y pensionados por lo menos contra los riesgos de vejez, invalidez, sobrevivientes y auxilio funerario. Para optar por uno de tales planes es necesario que el afiliado haya capitalizado en una administradora de fondos de pensiones una suma equivalente al capital mínimo que señale el reglamento de la Ley 100 de 1993.

4.1.1.2. Aportes: Los aportes en un plan alternativo de pensiones no pueden ser inferiores a las cotizaciones obligatorias previstas en la Ley 100 de 1993, determinadas según la base de cotizaciones al sistema general de pensiones de que tratan los artículos 18 y 19 de la misma Ley.

4.1.1.3. Traslado de capital: La sociedad que administre el fondo de pensiones debe trasladar a la entidad aseguradora que ofrezca el plan alternativo de pensiones escogido, los aportes que registre la cuenta individual de ahorro pensional del afiliado, dentro de los dos (2) días siguientes a la fecha en que éste le comuniquen su decisión de optar por dicho plan.

4.1.2. Condiciones generales

Los planes alternativos de pensiones que emitan las entidades aseguradoras, deben precisar además, los siguientes aspectos:

4.1.2.1. Las condiciones para acceder a las prestaciones del plan, las cuales, en relación con las coberturas mínimas señaladas en el amparo, no pueden ser distintas a las exigidas en la Ley 100 de 1993 para el régimen de ahorro individual con solidaridad.

4.1.2.2. Los valores de las pensiones con indicación de los reajustes a que hubiere lugar.

4.1.2.3. Determinación del momento a partir del cual se devenga la pensión de acuerdo con la naturaleza del riesgo.

4.1.2.4. Las condiciones de pago de la pensión. En el evento de que se estipulen cuotas periódicas, deben precisarse las fechas en que se realizarán los pagos.

TITULO VI – CAPITULO SEGUNDO

Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras

Circular Externa 052 de 2002

Página 27

Diciembre 2002

SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

4.2. Administración de fondos de pensiones de jubilación e invalidez

Las entidades aseguradoras que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 168 EOSF estén autorizadas para administrar fondos de pensiones de jubilación e invalidez deben atender las instrucciones que sobre administración de fondos de pensiones voluntarias haya impartido la SBC y les sean aplicables.

En materia de reporte de información deberán atender lo dispuesto en la Circular Externa 030 de 2002.