

COMPENDIO NORMATIVO DE SEGUROS



**DISTRIBUCIÓN
GRATUITA**



COMPENDIO NORMATIVO DE SEGUROS

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 019/2018

GACETA OFICIAL DE BOLIVIA

POR TANTO:

La Dirección de la Gaceta Oficial de Bolivia, en ejercicio de sus facultades y atribuciones establecidas en la normativa vigente,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, la publicación del “COMPENDIO NORMATIVO DE SEGUROS”.

ARTICULO SEGUNDO.- La publicación que realice la entidad solicitante, consignará en recuadro y en lugar visible el texto: “LA LEY DE 17 DE DICIEMBRE DE 1956 Y LOS DECRETOS SUPREMOS N° 27466 Y N° 27113 HAN ENCOMENDADO A LA GACETA OFICIAL DE BOLIVIA, EL REGISTRO Y PUBLICACIÓN DE TODOS LOS TEXTOS PROMULGADOS Y APROBADOS POR EL PODER EJECUTIVO, ACTUAL ÓRGANO EJECUTIVO, POR LO QUE LA PRESENTE PUBLICACIÓN, NO SUSTITUYE A LA REALIZADA POR LA GACETA OFICIAL DE BOLIVIA”; ello en cumplimiento del inciso d) de la Cláusula Primera del Anexo a la Resolución Ministerial N° 039/11.

ARTICULO TERCERO.- La entidad solicitante, tiene la obligación de entregar tres (3) ejemplares de los textos publicados a la Gaceta Oficial de Bolivia, para fines de registro y archivo institucional, en cumplimiento del inciso f) de la Cláusula Primera del Anexo a la Resolución Ministerial N° 039/11.

ARTICULO CUARTO.- El formato de edición que utilice la entidad solicitante en la publicación oficial del texto autorizado, debe sujetarse a la prueba de galera aprobada, de acuerdo a la normativa vigente y conforme al anexo adjunto que forma parte integrante e indivisible de la presente Resolución Administrativa.

ARTICULO QUINTO.- Se aprueba el Informe - Publicación GOB/SIS N° 18/2018, de 29 de octubre de 2018 elaborado por el Encargado de Sistemas y el Informe Legal GOB N° 042/2018, de 29 de octubre de 2018 elaborado por la Técnico Legal, ambos de la Gaceta Oficial de Bolivia, que forman parte integrante e indivisible de la presente Resolución Administrativa.

CONTENIDO

Ley N° 1883	7
Decreto Supremo N° 25201	47
Decreto Supremo N° 25758	59
Decreto Supremo N° 27295	67
Ley N° 365	93
Decreto Supremo N° 2036	105
Resolución Administrativa N° 663	119
Ley N° 1155	165
Decreto Supremo N° 4058	171



LEY N° 1883

LEY DE 25 DE JUNIO DE 1998

LEY N° 1883
LEY DE 25 DE JUNIO DE 1998

Por cuanto, el Honorable Congreso Nacional, ha sancionado la siguiente Ley:

EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL,

D E C R E T A:

LEY DE SEGUROS DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

(Título modificado por Disposición Final Segunda de la Ley N° 737 de 21/09/2015)

TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I
ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.- El ámbito de aplicación de la presente Ley comprende las actividades de asumir riesgos de terceros y conceder coberturas, la contratación de seguros en general, el prepago de servicios de índole similar al seguro, así como los servicios de intermediación y auxiliares de dichas actividades, por sociedades anónimas expresamente constituidas y autorizadas a tales efectos, por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.
(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

También norma el funcionamiento y fiscalización de las entidades que realizan las actividades señaladas anteriormente, la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios de seguros y las atribuciones de la Superintendencia.

Las normas referidas al seguro, se entienden igualmente aplicables a cualquier modalidad de la actividad aseguradora y reaseguradora.

ARTÍCULO 2.- PROHIBICIÓN. Ninguna persona, natural o jurídica podrá realizar las actividades señaladas en el artículo anterior, sin previa autorización de constitución y de funcionamiento otorgadas por la Superintendencia, con las formalidades y requisitos establecidos por la presente Ley, sus reglamentos y sin perjuicio de lo señalado en el artículo 55.

ARTÍCULO 3.- OBLIGATORIEDAD DE LA CONTRATACIÓN DE SEGUROS Y DE RETENCIONES EN BOLIVIA.- Las personas naturales o jurídicas que contraten seguros, domiciliadas en Bolivia se encuentran obligadas a tomar seguros en el

país con entidades aseguradoras constituidas y autorizadas para operar en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

(Modificado por Disposición Final Segunda de la Ley N° 737 de 21/09/2015)

Asimismo, las entidades aseguradoras, deberán realizar la retención de máximo un quince por ciento (15%) del margen de solvencia por riesgo individual y de mínimo un treinta por ciento (30%) sobre el total de primas suscritas.

ARTÍCULO 4.- OBJETIVOS. La presente Ley y sus reglamentos tienen por objetivo regular la actividad aseguradora, reaseguradora, de intermediarios, auxiliares y entidades de prepago para que cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia, garantizando un mercado competitivo. Asimismo, determina los derechos y deberes de las entidades aseguradoras y establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

ARTÍCULO 5.- DEFINICIONES.- Para los efectos de la presente Ley, se establecen las siguientes definiciones con carácter enunciativo y no limitativo:

ACTIVIDAD ASEGURADORA: Comprende la otorgación de coberturas y la asunción de riesgos de personas naturales o jurídicas, incluyendo las propias entidades aseguradoras y de todo otro servicio que implique cubrir riesgos y el prepago de servicios de índole similar al seguro.

ACCIDENTE: Acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria, que produce daños en las personas o en las cosas.

AGENTE DE SEGUROS: Es la persona natural vinculada a una entidad aseguradora, mediante un contrato, que se dedica a la intermediación y a la gestión comercial de contratos de seguros.

CAPITAL DE RIESGO: Es la suma de los montos asegurados directamente en vida, mas los montos de reaseguros aceptados por este mismo concepto, menos las reservas matemáticas respectivas.

CORREDOR DE SEGUROS: Es la persona jurídica que realiza la actividad comercial de intermediar en seguros privados sin mantener vínculo contractual con ninguna entidad aseguradora.

CORREDOR DE REASEGUROS: Es la persona jurídica que actúa como intermediario en la contratación de coberturas de reaseguros sin mantener vínculo contractual con ninguna entidad aseguradora o reaseguradora.

ENTIDAD ASEGURADORA: Es la Sociedad Anónima de giro exclusivo en la administración de seguros, autorizada por la Superintendencia. Comprende las entidades aseguradoras directas, las reaseguradoras y las entidades de prepago.

ENTIDAD REASEGURADORA: Es la entidad que acepta de otra entidad aseguradora riesgos o un conjunto de ellos, asumiendo responsabilidad ante la cedente por los mismos.

ENTIDAD DE PREPAGO: Es la entidad que compromete la prestación de un servicio a favor de personas que aleatoriamente puedan requerirlo, contra el pago de una tarifa anticipada.

FACTOR DE CALCULO: Es el índice numérico proveniente de una estimación del nivel de riesgo de las entidades aseguradoras, que limita dicho nivel de riesgo a efectos de los incrementos patrimoniales.

MARGEN DE SOLVENCIA: Es el patrimonio de la Entidad Aseguradora calculado para los seguros de largo plazo en relación a las reservas matemáticas y capitales en riesgo y para los seguros de corto plazo, en relación al volumen anual de primas o de la cobertura de siniestros.

MARGEN DE SOLVENCIA BASADO EN LAS RESERVAS MATEMÁTICAS: Es el resultado de multiplicar el factor de cálculo de las reservas matemáticas por la reserva matemática total, por el factor de retención matemática.

MARGEN DE SOLVENCIA BASADO EN EL CAPITAL DE RIESGO: Es el resultado de multiplicar el factor de cálculo de capital de riesgo, por el capital de riesgo, por el factor de retención del capital de riesgo.

PÓLIZA DE SEGURO: Documento que instrumenta el contrato de seguro, en el que se establecen las normas que de manera general y particular, regulan las relaciones contractuales entre el asegurado y asegurador, de acuerdo a lo determinado en el Código de Comercio.

PROMEDIO DE LOS SINIESTROS TOTALES: Suma del valor de los siniestros incurridos por seguros directos, más el valor de siniestros incurridos por reaseguros aceptados de los últimos tres (3) años de una entidad aseguradora, dividido entre tres (3).

REASEGURO: Instrumento técnico financiero del que se vale una entidad aseguradora para diversificar los riesgos de su cartera de bienes asegurados, mediante la cesión de parte o la totalidad de ellos a otra u otras entidades aseguradoras o

reaseguradoras, a través de un contrato regulado por los Arts. 1015 y 1016 del Código de Comercio.

RECURSOS PARA INVERSIÓN: Son los recursos representativos de las reservas técnicas, de los márgenes de solvencia y de las retenciones a reaseguradores.

RESERVA MATEMÁTICA TOTAL: Es la suma de las reservas matemáticas de los seguros directos, más las reservas matemáticas de reaseguros aceptados de una entidad aseguradora.

RESERVAS TÉCNICAS: Es el valor correspondiente a pasivos emergentes de las operaciones del seguro y del reaseguro que las entidades se encuentran obligadas a constituir y mantener permanentemente mediante procedimientos de cálculos preestablecidos.

SEGURO: Es el contrato por el cual el asegurador se obliga a indemnizar un daño o a cumplir la prestación convenida, al producirse la eventualidad prevista, y el asegurado o tomador a pagar la prima.

SEGUROS DIRECTOS: Son los convenidos por una entidad aseguradora con una persona, natural o jurídica.

SEGUROS DE ACCIDENTES: Es el que protege a las personas naturales contra los riesgos que afectan su integridad física, emergentes de hechos fortuitos, súbitos y violentos y que no comprenden los provenientes de enfermedades.

SEGURO DE CAUCIÓN: Es aquel por el que el asegurador se obliga, en caso de incumplimiento por el tomador del seguro (afianzado) de sus obligaciones legales o contractuales a indemnizar al beneficiario a título de resarcimiento o penalidad, los daños patrimoniales sufridos dentro de los límites establecidos en la Ley o en el contrato. Todo pago hecho por el asegurador debe serle reembolsado por el tomador del seguro a cuyo efecto dicho asegurador deberá obtener las contragarantías suficientes. Los Seguros de caución garantizan obligaciones contractuales caracterizadas por hacer, realizar, construir, suministrar o prestar un servicio.

(Modificado por el parágrafo I de la Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

SEGURO DE CRÉDITO: Es aquel por el que, el asegurador se obliga a pagar al acreedor una indemnización por las pérdidas netas definitivas que sufra como consecuencia de la insolvencia del deudor (afianzado), cuyas características se definen en los Artículos 1106 al 1108 del Código de Comercio. Todo pago hecho por el asegurador le otorga el derecho de repetición contra el deudor. Los seguros

de crédito garantizan obligaciones contractuales de pago y/o financieras en general por parte del afianzado.

(Modificado por el parágrafo II de la Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

SEGUROS DE CORTO PLAZO: Se entienden como tales a los seguros concertados por un periodo concreto de tiempo. A los efectos de la presente Ley, son los seguros de accidentes personales, seguros generales, seguros de salud y seguros de fianzas.

SEGUROS DE LARGO PLAZO: A los efectos de la presente Ley, son los seguros de vida en general.

SEGUROS DE PERSONAS: Son aquellos que tienen por objeto asegurado a la persona natural, haciéndose depender el pago de la prestación convenida de su existencia, su salud o su integridad. A los efectos de la presente Ley, se entienden por tales los seguros de vida, las rentas vitalicias, los de accidentes y los de salud.

SEGUROS DE SALUD: Son aquellos que cubren los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de internación en centros de salud.

SEGUROS DE VIDA: Son aquellos que amparan los riesgos que afectan la existencia de las personas naturales.

SEGUROS GENERALES: Son aquellos que amparan los riesgos que directa o indirectamente afecten a los bienes o al patrimonio de las personas naturales o jurídicas. Se entiende por tales, todos aquellos que no sean seguros de personas o de fianzas.

SEGUROS OBLIGATORIOS: Son aquellos establecidos por el Estado mediante disposiciones legales, con carácter obligatorio.

SEGUROS PREVISIONALES: A los efectos de la presente Ley, se entiende por tales al seguro de rentas vitalicias, seguro de invalidez y muerte por riesgo común y profesional, establecidos por la Ley 1732 de 29 de noviembre de 1996 (Seguro Social Obligatorio).

SEGUROS VOLUNTARIOS: Son aquellos contratados por decisión voluntaria de las personas naturales o jurídicas.

SINIESTRO: Se produce cuando sucede la eventualidad prevista y cubierta por el contrato de seguros y que da lugar a la indemnización, obligando a la entidad

aseguradora a satisfacer total o parcialmente, al asegurado o a sus beneficiarios, el capital garantizado en el contrato.

SOLVENCIA BASADA EN PRIMAS: Es el resultado de multiplicar el factor de cálculo de primas por el total de primas suscritas por una entidad aseguradora y este resultado por el factor de retención.

SOLVENCIA BASADA EN SINIESTROS: Es el resultado de multiplicar el factor de cálculo basado en siniestros por el promedio de los siniestros totales de una entidad aseguradora, por el factor de retención.

SUPERINTENDENCIA: La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia de Bolivia.

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013 y Disposición Final Segunda de la Ley N° 737 de 21/09/2015)

TASA TÉCNICA: Es la prima suficiente para la cobertura de los siniestros esperados.

TOTAL DE PRIMAS: Es la suma de las primas suscritas en forma directa por una entidad de seguros o reaseguros, más las primas suscritas por reaseguros aceptados en los últimos doce (12) meses

ARTÍCULO 6.- MODALIDADES DE SEGURO.- Las modalidades de seguro permitidas por la presente Ley, son tres: los Seguros de Personas, los Seguros Generales y los Seguros de Fianzas. La operación de los Seguros de Personas es excluyente con respecto a los Seguros Generales y de Fianzas. Las Entidades Aseguradoras con la modalidad de seguros generales podrán administrar seguros de salud, y accidentes.

(Segundo párrafo derogado expresamente por inciso b), parágrafo II del Artículo 198 de la Ley N° 065 de 10/12/2010)

Las entidades de prepago solamente podrán realizar los servicios establecidos por la presente Ley para esta actividad, previa autorización de la Superintendencia. Este servicio podrá ser operado por las entidades aseguradoras de seguros de personas o por sociedades anónimas constituidas con este objeto exclusivo.

Los Seguros de Fianzas podrán ser administrados por entidades que administren Seguros Generales, o por entidades creadas con ese único objeto. Los seguros de fianzas estarán sujetos a una reglamentación especial en cuanto a su mecanismo operativo.

Los seguros de fianza se dividen en seguro de caución y seguro de crédito. Las garantías exigidas por instituciones públicas o privadas para el cumplimiento de

las obligaciones emergentes de sus operaciones, podrán instrumentarlas a través del seguro de fianza. Las entidades aseguradoras tendrán como única limitación para la suscripción de este tipo de seguros, el contar con las garantías suficientes y el adecuado respaldo de reaseguro.

TÍTULO II
DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA
CAPÍTULO I
ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS

ARTÍCULO 7.- DISPOSICIONES GENERALES.- La actividad aseguradora y reaseguradora, de acuerdo a lo establecido por la presente Ley, solo puede ser realizada por sociedades anónimas constituidas y reguladas de acuerdo a lo determinado en el Capítulo V, Título III, Libro Primero del Código de Comercio.

Las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán tener objeto social único y específico los Seguros de Personas o los Seguros Generales y cumplir con los requisitos de solvencia y de inversiones establecidos en la presente Ley y sus reglamentos.

La transformación, fusión y liquidación de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como la cesión de cartera y su aceptación, requiere de autorización expresa de la Superintendencia.

ARTÍCULO 8.- REQUISITOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS.- Las personas jurídicas, nacionales o extranjeras que deseen constituir una entidad aseguradora o reaseguradora, deberán presentar a la Superintendencia los siguientes requisitos mínimos:

- a) Estudio de factibilidad técnico económico y financiero, o plan de negocios.
- b) Proyecto de escritura de constitución de sociedad anónima y estatutos.
- c) Documento de antecedentes personales emitidos por autoridad pública, nacional o extranjera, cuando corresponda, que certifiquen la solvencia fiscal y declaración patrimonial de bienes.
- d) Documentos públicos de constitución social, inscripción en el registro de comercio o correspondientes, balance auditado de apertura, nómina de su directorio u órgano de dirección equivalente de las personas jurídicas intervinientes, las cuales además deberán sujetarse a lo dispuesto en el Título III, Capítulo V del Código de Comercio y disposiciones reglamentarias.
- e) Contratos individuales de suscripción de acciones.
- f) Las empresas extranjeras podrán constituir entidades aseguradoras en el territorio nacional, debiendo cumplir los mismos requisitos que las entida-

des nacionales, así como también lo dispuesto en los artículos 413 al 423 del Código de Comercio.

La forma de presentación de los requisitos anteriores será establecida por la Superintendencia, mediante normativa expresa.

La Superintendencia podrá aprobar o rechazar la solicitud de constitución mediante resolución fundada en un plazo no mayor a noventa (90) días, contados a partir de la fecha de la presentación de todos los requisitos a los que se refiere el presente artículo, debiendo obligatoriamente publicar en un diario de circulación nacional la solicitud de constitución durante al menos tres días discontinuos, otorgando un plazo de treinta (30) días para presentar oposiciones si es que las hubiere.

ARTÍCULO 9.- LIMITACIONES A LA PARTICIPACIÓN SOCIETARIA.- No podrán ser socios de entidades aseguradoras o reaseguradoras, las personas naturales que:

- a) Se encuentren inhabilitadas de acuerdo al Código de Comercio, para ejercer actividades comerciales.
- b) Tengan sentencia condenatoria ejecutoriada por la comisión de delitos.
- c) Hubieran sido halladas responsables de quiebras por culpa o dolo.
- d) Se desempeñen como directores o administradores de entidades financieras estatales.
- e) Hubieran tenido vinculación como accionistas en empresas contempladas en la presente Ley y que hayan sido forzosamente liquidados por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

ARTÍCULO 10.- REQUISITOS PARA OBTENER AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO.- Una vez emitida la Resolución de Autorización de Constitución, para obtener la autorización de funcionamiento, la sociedad anónima deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Suscribir y pagar en moneda de curso legal el cien por cien (100%) del capital mínimo.
- b) Protocolizar los documentos de constitución y estatutos ante notario de fe pública.
- c) Inscribir la sociedad en el Registro de Comercio.
- d) Presentar los manuales operativos.
- e) Señalar local apropiado.

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, deberá emitir su pronunciamiento concediendo, postergando o negando la autorización de funcionamiento en un plazo no mayor a sesenta (60) días, contados a partir de la fecha de la presentación de la solicitud de funcionamiento.

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

Si el pronunciamiento fuera por la postergación, la Superintendencia fijará un plazo para que se subsanen las deficiencias observadas.

Previo pronunciamiento, la Superintendencia podrá ordenar las inspecciones que considere pertinentes y en su caso podrá determinar las restricciones operativas que considere prudentes.

En cualquier caso, la Superintendencia podrá ordenar las inspecciones que considere pertinentes.

La autorización de funcionamiento caducará automáticamente si la entidad no inicia sus operaciones en el término de ciento veinte (120) días de haber sido notificada con la resolución respectiva.

ARTÍCULO 11.- OBJETO SOCIAL ÚNICO DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS.- De acuerdo a la presente Ley, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán tener como objeto social único uno de los siguientes:

- a) Otorgar cobertura de riesgo exclusivamente en Seguros Generales.
- b) Otorgar cobertura de riesgos exclusivamente en Seguros de Personas y Servicios prepagados de índole similar al Seguro.
- c) Otorgar en forma exclusiva servicios prepagados de índole similar al Seguro.

Las entidades especializadas en seguros de personas, podrán otorgar servicios de ahorro y capitalización de acuerdo al Título VIII del libro Tercero del Código de Comercio.

Las entidades aseguradoras especializadas en Seguros Generales que así lo deseen, podrán dedicarse exclusivamente a los seguros de fianzas.

ARTÍCULO 12.- OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS.- Las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán cumplir con las siguientes obligaciones, de acuerdo a la modalidad de seguros que administren:

- a) Indemnizar los daños y pérdidas o cumplir la prestación convenida al producirse la eventualidad prevista.
- b) Otorgar los servicios prepagados de índole similar al seguro, cuando corresponda.
- c) Mantener el capital mínimo y constituir y mantener las reservas técnicas.
- d) Mantener los márgenes de solvencia que establece la presente Ley.
- e) Establecer una política de inversiones e invertir sus recursos de acuerdo a la presente Ley.
- f) Registrar ante la Superintendencia todo servicio, seguro o plan de seguros.
- g) Emitir pólizas de seguro, certificados o notas de cobertura, claras y fácilmente legibles.
- h) Pagar el aporte de supervisión a favor de la Superintendencia.
- i) Abstenerse de efectuar actos que generen conflictos de interés o competencia desleal.
- j) Presentar a la Superintendencia a requerimiento fundamentado de la misma, toda información que sea solicitada por esta institución, sin restricción de ninguna naturaleza en Bolivia y en el extranjero.
- k) Presentar estados financieros mensual y anualmente. Estos últimos con dictamen de auditor independiente; adicionalmente, las entidades especializadas en Seguros de Vida deberán acompañar dictamen de actuario matemático independiente. Ambos dictámenes deberán ser emitidos por personas registradas en la Superintendencia.
- l) Comunicar a la Superintendencia, dentro de las 48 horas hábiles siguientes, toda transferencia de acciones efectuadas por los accionistas, así como cualquier otra situación que altere su propiedad, naturaleza u obligaciones sociales.
- m) Llevar y mantener permanentemente cuentas, contabilidad, capital y activos de cada seguro obligatorio separado de las cuentas, contabilidad, capital y activos de los otros seguros que administren.
- n) Cumplir con otras obligaciones y actividades establecidas por la presente Ley o por sus reglamentos.

Las entidades aseguradoras serán responsables de los contratos realizados en su nombre por los intermediarios del seguro con los asegurados, tomadores y beneficiarios de los mismos.

ARTÍCULO 13.- ACTIVIDADES PERMITIDAS A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.- Las Entidades Aseguradoras podrán:

- a) Determinar libremente sus tarifas, debiendo cumplir con sus bases técnicas.
- b) Exigir el cumplimiento del pago de primas en los plazos y condiciones establecidos contractualmente.
- c) Requerir pruebas que razonablemente puedan ser proporcionadas para la verificación de la ocurrencia y circunstancias del siniestro, de acuerdo al Código de Comercio.
- d) Contratar libremente reaseguros en Bolivia o en el extranjero, de acuerdo a normas reglamentarias.
- e) Emitir bonos obligatoriamente convertibles en acciones representativos del capital de la entidad, previa aprobación de la Superintendencia.
- f) Establecer o suprimir sucursales, agencias u oficinas en el territorio nacional, previa autorización de la Superintendencia, de acuerdo a Reglamento.
- g) Establecer filiales o sucursales en el exterior.
- h) Realizar préstamos a los asegurados de los seguros de vida voluntarios que no excedan el valor de rescate de las reservas individuales.
- i) Registrarse en el Registro del Mercado de Valores y realizar operaciones bursátiles, en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley y la Ley del Mercado de Valores.
- j) Contratar a las entidades del mercado de valores y del sector financiero bancario y no bancario para la administración de las inversiones permitidas.
- k) Otras actividades que sean necesarias para el cumplimiento de su actividad social, siempre que se encuentre dentro de su giro social y no estén prohibidas expresamente en la presente Ley.

ARTÍCULO 14.- PROHIBICIONES A LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.- Las Entidades Aseguradoras quedan prohibidas de:

- a) Publicitar y entregar información inexacta o falsa que induzca a error sobre la situación de la entidad y de sus productos, o de las condiciones de comercialización de los mismos.
- b) Invertir los recursos que determine el Título III de la presente Ley en entidades sin fines de lucro, cualquiera sea su régimen legal o en valores de deuda o capital emitidos por la misma entidad aseguradora.
- c) Constituir gravámenes de cualquier naturaleza sobre los recursos que determinan los Títulos III y IV de la presente Ley.
- d) Emitir bonos o deventures distintos a los autorizados por la presente Ley.

- e) Tener vinculación patrimonial o de administración con las Administradoras de Fondos de Pensiones a las cuales presten servicios de seguros en el Seguro Social Obligatorio.
- f) Realizar operaciones de administración de seguros en general con sus directores o personas remuneradas por la propia entidad aseguradora.
- g) Invertir en otras entidades aseguradoras que administren la misma modalidad de seguros.
- h) Realizar actividades distintas a su giro.

ARTÍCULO 15.- ACTIVIDADES PERMITIDAS A LAS ENTIDADES REASEGURADORAS.- Las Entidades Reaseguradoras podrán:

- a) Determinar libremente sus tarifas, debiendo cumplir con sus bases técnicas.
- b) Exigir el cumplimiento del pago de primas en los plazos y condiciones establecidos contractualmente.
- c) Requerir pruebas que razonablemente puedan ser proporcionadas para la verificación de la ocurrencia y circunstancias del siniestro, de acuerdo al Código de Comercio.
- d) Asegurar riesgos asumidos por entidades aseguradoras nacionales o extranjeras, de acuerdo a normas reglamentarias.
- e) Emitir bonos obligatoriamente convertibles en acciones representativos del capital de la entidad, previa aprobación de la Superintendencia.
- f) Establecer o suprimir sucursales, agencias u oficinas en el territorio nacional, previa autorización de la Superintendencia, de acuerdo a Reglamento.
- g) Establecer filiales o sucursales en el exterior.
- h) Registrarse en el Registro del Mercado de Valores y realizar operaciones bursátiles, en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley y la Ley del Mercado de Valores.
- i) Contratar a las entidades del mercado de valores y del sector financiero bancario y no bancario para la administración de las inversiones permitidas.
- j) Otras actividades que sean necesarias para el cumplimiento de su actividad social, siempre que se encuentre dentro de su giro social y no estén prohibidas expresamente en la presente Ley.

ARTÍCULO 16.- PROHIBICIONES A LAS ENTIDADES DE REASEGUROS.- Las Entidades Reaseguradoras quedan prohibidas de:

- a) Publicitar y entregar información inexacta o falsa que induzca a error sobre la situación de la entidad y de sus productos, o de las condiciones de comercialización de los mismos.
- b) Invertir los recursos que determine el Título III de la presente Ley en entidades sin fines de lucro, cualquiera sea su régimen legal o en valores de deuda o capital emitidos por la misma entidad aseguradora.
- c) Constituir gravámenes de cualquier naturaleza sobre los recursos que determinan los Títulos III y IV de la presente Ley.
- d) Emitir bonos o deventures distintos a los autorizados por la presente Ley.
- e) Emitir pólizas de seguros y contratar seguros directos.
- f) Invertir en otras entidades reaseguradoras que administren la misma modalidad de reaseguro.
- g) Realizar operaciones distintas de las de su giro.
- h) Tener vinculación patrimonial directa o indirecta o de administración con administradoras de fondos de pensiones a las cuales presten servicios de seguros en el Seguro Social Obligatorio.

ARTÍCULO 17.- AUDITORIAS.- Las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por intermedio de su directorio, deberán contratar servicios de auditoría externa independiente, a través de personas naturales o jurídicas registradas en la Superintendencia, bajo las siguientes condiciones mínimas:

- a) Su período de servicios no será mayor a tres (3) años continuos, ni menor a la gestión de un (1) año.
- b) La realización del dictamen será imperativa y adjuntará comentarios sobre el cumplimiento por la entidad aseguradora de los requerimientos normativos.
- c) El dictamen se comunicará simultáneamente a la Superintendencia y a la Junta General de Accionistas.

Todo cambio o rescisión del contrato de servicios de auditoría deberá ser comunicado a la Superintendencia con al menos (30) días de antelación a la efectividad de dicho cambio o rescisión.

La Superintendencia podrá ordenar fundadamente lo siguiente:

- i) La remoción de cualquier auditor o persona involucrada con la auditoría, así como establecer el nombramiento de otra persona en reemplazo de la observada.
- ii) La complementación del alcance de la auditoría, debidamente justificada.

Dichas órdenes deberán ser cumplidas indeclinablemente por la entidad aseguradora o reaseguradora.

ARTÍCULO 18.- ACTUARIOS.- Las entidades aseguradoras que administren Seguros de Vida de Largo Plazo deberán contratar servicios de un Actuario matemático de la nómina de personas naturales o jurídicas debidamente registradas ante la Superintendencia.

El actuario deberá realizar un informe sobre el cálculo de las reservas matemáticas que acompañará a cada estado financiero. El informe deberá establecer con exactitud si las reservas matemáticas y las primas que se reciban en el futuro son suficientes para el pago de los beneficios comprometidos sin reducción ni deducción al vencimiento.

La Superintendencia tendrá acceso directo y en todo momento a los documentos de trabajo de los auditores y actuarios, sin restricción alguna.

Se autoriza el registro de Empresas de Actuaría Matemática Extranjera, de reconocida trayectoria internacional, de acuerdo a reglamento.

(Incorporado por parágrafo III de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

CAPITULO II

DE LOS INTERMEDIARIOS DEL SEGURO Y DEL REASEGURO

ARTÍCULO 19.- INTERMEDIARIOS.- Son intermediarios exclusivamente las siguientes personas naturales o jurídicas:

- a) Los agentes de seguros.
- b) Los corredores de seguros.
- c) Los corredores de reaseguros.

Las personas naturales o jurídicas interesadas para operar como intermediarios del seguro deberán ser autorizadas por la Superintendencia en solo una de las actividades establecidas en los incisos anteriores y cumplirá con las obligaciones que establezcan las normas reglamentarias.

Los corredores de Reaseguros deberán constituirse como Sociedades Anónimas diferentes e independientes de los corredores de seguros.

Los corredores podrán actuar alternativamente como asesores en seguros.

Las personas naturales para prestar estos servicios, excepto los agentes, deberán constituirse como empresas unipersonales y declarar un patrimonio separado a estos efectos.

ARTÍCULO 20.- AGENTES DE SEGUROS.- Podrá desempeñarse como agente de seguros, cualquier persona natural no impedida para ejercer el comercio, quien gestionará habitualmente colocaciones de seguros para la entidad aseguradora con quien tenga relación contractual, ha cambio de una comisión.

La entidad aseguradora será responsable por los actos de sus agentes en el marco de las facultades otorgadas en los contratos que suscriban con ellos.

No podrán actuar como agentes:

- a) Los directores, administradores, gerentes, funcionarios y empleados de instituciones bancarias, entidades financieras o auxiliares de éstas.
- b) Los funcionarios públicos y empleados de empresas y entidades descentralizadas dependientes del Estado o sus organismos.
- c) Los Directores, administradores y ejecutivos de las entidades aseguradoras, así como los empleados a sueldo de las mismas que no tengan calidad de agentes.
- d) Los auxiliares del seguro.
- e) Los extranjeros que no tengan residencia definitiva en el país.
- f) En general, cualquier otra persona que por su posición o cargo pueda ejercer presión, influencia o coacción en el asegurado o reasegurador.

Los agentes de seguros están prohibidos de asumir riesgos por cuenta propia o cobrar primas de seguros, salvo autorización expresa de la entidad aseguradora con quien está contratada.

Los agentes de seguros no podrán suscribir contrato con más de una entidad de seguros. El incumplimiento de esta prohibición dará lugar a su inhabilitación definitiva como agentes.

ARTÍCULO 21.- CORREDORES DE SEGUROS Y REASEGUROS. REQUISITOS PARA LA CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO.- La actividad del corretaje de seguros y reaseguros, es la intermediación realizada en la contratación de seguros y reaseguros, a cambio de una contraprestación consistente en una comisión.

Las personas jurídicas, nacionales o extranjeras que deseen constituir una entidad dedicada exclusivamente al corretaje de seguros o reaseguros, deberán constituirse como sociedades anónimas o de responsabilidad limitada en el caso de

corredores de seguros y exclusivamente como sociedad anónima para los corredores de reaseguros, debiendo cumplir con todos los requisitos establecidos para la constitución, funcionamiento y limitación a la participación societaria de las entidades aseguradoras y reaseguradoras previstos en la presente Ley.

Además, deberán contar con una póliza de seguro de “errores y omisiones” que respalde sus operaciones, la que deberá ser depositada en la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

ARTÍCULO 22.- OBJETO SOCIAL ÚNICO.- Los corredores de seguros deberán tener objeto social único consistente en la realización de intermediación en seguros privados sin mantener contrato de agencia o vínculo que suponga afección con ninguna entidad aseguradora.

Los corredores de seguros podrán ser también asesores en seguros, pero no podrán detentar ambas calidades en una misma operación.

Los corredores de reaseguros deberán tener objeto social único consistente en la intermediación entre la entidad aseguradora y los reaseguradores aceptantes, sin mantener contrato de agencia o vínculo que suponga afección con ninguna entidad aseguradora o reaseguradora.

ARTÍCULO 23.- OBLIGACIONES DE LOS CORREDORES DE SEGUROS Y REASEGUROS.-

1. Son obligaciones de los corredores de seguros:
 - a) Informar a la entidad aseguradora acerca de las condiciones en que se encuentre el riesgo y asesorar al asegurado o tomador del seguro, a los fines de contratar la cobertura más adecuada a sus intereses.
 - b) Informar a la entidad aseguradora sobre la idoneidad de las personas naturales o jurídicas que contraten por su intermedio.
 - c) Ilustrar al asegurado o tomador del seguro de manera detallada y precisa sobre las cláusulas del contrato de seguro, su interpretación y su extensión, verificando que la póliza contenga las estipulaciones y condiciones bajo las cuales se contrató el seguro.
 - d) Comunicar a la entidad aseguradora cualquier modificación del riesgo de que hubiese tenido conocimiento o información, dentro las 24 horas siguientes.
 - e) Asesorar al asegurado durante la vigencia del contrato de seguro acerca de sus derechos y obligaciones, en particular en materia de siniestros y pago de primas.

- f) Guardar la mayor reserva profesional sobre las negociaciones en las que intervenga, siendo responsable civil y en su caso, penalmente, de los daños que ocasione.
- 2. Son obligaciones del corredor de reaseguros:
 - a) Informar a la entidad aseguradora sobre la solvencia y capacidad de los reaseguradores con los cuales intermediará el reaseguro.
 - b) Ilustrar a la cedente de manera detallada y precisa sobre las cláusulas del contrato de reaseguro, su interpretación y su extensión, verificando que la nota de cobertura contenga las estipulaciones y condiciones bajo las cuales se contrató el reaseguro.
 - c) Comunicar a la entidad reaseguradora cualquier modificación del riesgo de que hubiese tenido conocimiento o información, dentro las 24 horas siguientes.
 - d) Comunicar a la Superintendencia cualquier evento que pudiera modificar las condiciones de su autorización de funcionamiento.
 - e) Guardar la mayor reserva profesional sobre las negociaciones en las que intervenga, siendo responsable civil y en su caso, penalmente, de los daños que ocasione.
 - f) Acreditar ante la Superintendencia solvencia moral y profesional.

ARTÍCULO 24.- PROHIBICIÓN.- Los corredores de seguros y reaseguros están prohibidos de asumir riesgos por cuenta propia o cobrar primas. Podrán cobrar primas solamente cuando se encuentren autorizados mediante disposición expresa del asegurador o del reasegurador en su caso.

(Modificado por párrafo IV de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

CAPÍTULO III

DE LOS AUXILIARES DEL SEGURO

ARTÍCULO 25.- AUXILIARES DEL SEGURO.- A efectos de la actividad aseguradora, se entenderán por auxiliares del seguro las siguientes categorías de personas naturales o jurídicas, en este último caso constituidas como sociedades anónimas o de responsabilidad limitada.

- a) Los ajustadores y liquidadores de reclamos.
- b) Los inspectores de averías.
- c) Los investigadores de siniestros.
- d) Los asesores en seguros.

Las personas naturales o jurídicas, para operar como auxiliares del seguro, deberán ser autorizadas por la Superintendencia, en una o más de las actividades establecidas en los incisos anteriores y cumplirán con las obligaciones que establezcan las normas reglamentarias.

Los auxiliares del seguro señalados en los incisos a), b) y c) no podrán actuar como intermediarios del seguro.

Los asesores de seguros no podrán ser corredores en seguros.

ARTÍCULO 26.- PROHIBICIONES E INCOMPATILIDADES PARA LOS AUXILIARES DEL SEGURO.- Los auxiliares del seguro quedan prohibidos de:

- a) Asumir riesgos y otorgar coberturas.
- b) Realizar aquellas actividades que les prohíba expresamente la presente Ley y el reglamento.

Los auxiliares del seguro no podrán ser directores ni empleados de entidades aseguradoras, reaseguradoras o corredores de seguros y reaseguros.

CAPITULO IV DE LAS ENTIDADES DE PREPAGO

ARTÍCULO 27.- ENTIDADES DE PREPAGO.- Las entidades aseguradoras especializadas en seguros de personas o cualquier otra sociedad anónima constituida con este objeto exclusivo, podrán prestar servicios similares al seguro, cobrando una tarifa anticipada, debiendo ser autorizados expresamente por la Superintendencia para tal fin.

Los requisitos de constitución y funcionamiento, serán establecidos mediante reglamento.

TITULO III DE LOS REQUERIMIENTOS DE SOLVENCIA ECONÓMICA FINANCIERA

CAPITULO I DEL PATRIMONIO Y MÁRGENES DE SOLVENCIA

ARTÍCULO 28.- DISPOSICIONES GENERALES.- Toda entidad aseguradora, reaseguradora o de servicios de prepago, deberá constituir y mantener el capital mínimo al que se refiere la presente Ley, o los márgenes de solvencia y las reservas

técnicas establecidos en el presente Título, que correspondan a la modalidad de Seguros de Personas o Generales que administre.

ARTÍCULO 29.- CAPITAL MÍNIMO.- Toda entidad aseguradora, reaseguradora o de servicios de prepago debe constituir y mantener un capital social mínimo suscrito y pagado de, al menos, el equivalente a setecientos cincuenta mil Derechos Especiales de Giro. (750.000 D.E.G.), el cual deberá estar acreditado en todo momento.

El capital mínimo solo podrá ser aportado en efectivo y en moneda de curso legal, excepto para las entidades de servicios de prepago de índole similar al seguro, las cuales podrán también hacer aportes de bienes inmuebles y equipos y maquinarias valuados, no gravados, ni otorgados en prenda o en alquiler y hasta un límite establecido por reglamento y que correspondan a la naturaleza del servicio prestado.

Los corredores de seguro deben constituir y mantener un capital mínimo suscrito y pagado de, al menos, el equivalente al dos y medio por ciento (2.5%) del capital social mínimo establecido para entidades aseguradoras.

Los corredores de reaseguros deben constituir y mantener un capital mínimo suscrito y pagado de, al menos, el equivalente al cinco por ciento (5%) del capital social mínimo establecido para entidades reaseguradoras.

ARTÍCULO 30.- RESERVAS TÉCNICAS.- Las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán constituir y mantener permanentemente, al menos, las siguientes reservas:

- a) Reserva Matemática exclusivamente para los Seguros de Vida a largo plazo.
La tabla de mortalidad utilizada para el cálculo de dicha reserva, será aprobada por la Superintendencia.
La tasa de interés técnico utilizada para el cálculo de dicha reserva no podrá ser mayor al interés de Mercado de los Valores del Tesoro Nacional de Bolivia de mayor largo plazo, menos dos puntos porcentuales (2%).
- b) Reserva para riesgos en curso.
- c) Reserva para siniestros pendientes.
- d) Reserva para primas por cobrar

Las reservas mencionadas se determinarán reglamentariamente y los parámetros de cálculo serán establecidos por la Superintendencia.

Las reservas de cualquier Póliza de Seguro de Vida no pueden ser negativas, sino cuando menos equivalentes al valor de rescate de la cobertura de la póliza.

Se establece la Reserva Técnica Especial por riesgo de tasa técnica, a ser constituida por las entidades aseguradoras que administran los seguros previsionales, equivalente al ocho por ciento (8%) del capital invertido en construcción de vivienda y financiada por las utilidades provenientes de dichas inversiones. Esta reserva técnica deberá ser invertida en títulos valores de oferta pública, será de carácter permanente hasta la extinción de la cartera previsional, acumulativa y excepcionalmente podrá ser liberada en parte con autorización expresa de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, cuando el riesgo por el cual se constituye presente desviaciones materiales.

(Incorporado mediante párrafo V de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

La Superintendencia podrá establecer, mediante reglamento, la constitución de reservas para riesgos catastróficos o extraordinarios cuando la experiencia sinistral en determinado tipo de riesgos así lo aconseje.

ARTÍCULO 31.- FONDO DE GARANTÍA.- Cada entidad aseguradora o reaseguradora, deberá mantener un Fondo de Garantía correspondiente al 30% del Margen de Solvencia, el cual deberá estar en depósito en una entidad financiera autorizada. Este margen de solvencia no podrá ser inferior al capital mínimo establecido en el art. 29 del presente cuerpo normativo.

ARTÍCULO 32.- MÁRGENES DE SOLVENCIA PARA SEGUROS DE LARGO PLAZO.- Las entidades aseguradoras o reaseguradoras que administran Seguros de Largo Plazo, Riesgo Profesional y Riesgo Común, deberán acreditar y mantener en todo momento, un margen de solvencia que será el monto que resulte mayor, entre:

1. La suma del Margen de Solvencia Basado en las Reservas Matemáticas y el Margen de Solvencia Basado en el Capital de Riesgo.

El factor de cálculo de las reservas matemáticas será el establecido en el reglamento de la presente Ley y no excederá del siete por ciento (7%).

El factor de retención promedio matemático, es el resultado de dividir las reservas matemáticas retenidas entre las reservas matemáticas totales y no podrá ser menor a cero punto ochenta y cinco (0.85%)

El factor de cálculo para capital de riesgo será de cero coma tres por ciento (0.3%).

El factor de retención de capital en riesgo, es el resultado de dividir el capital en riesgo detenido entre el capital en riesgo total y no podrá ser menor a cero punto cinco (0.5%).

2. El capital social mínimo pagado establecido en la presente Ley

ARTÍCULO 33.- MARGEN DE SOLVENCIA PARA LOS SEGUROS DE CORTO PLAZO.- Las entidades aseguradoras y reaseguradoras que administran Seguros de Corto Plazo, deberán acreditar y mantener en todo momento, un margen de solvencia que corresponderá al monto mayor entre la Solvencia Basada en Primas, la Solvencia Basada en Siniestros y el Capital Social Mínimo.

El factor de cálculo de primas para el margen de solvencia basado en primas, será establecido por reglamento y no excederá del treinta por ciento (30%).

El factor de cálculo para siniestros será establecido reglamentariamente y no excederá del cuarenta y nueve por ciento (49%).

El factor de retención es el resultado de dividir el valor de siniestros incurridos netos de reaseguros cedidos de los últimos doce (12) meses, entre el valor de los siniestros incurridos totales de los últimos doce (12) meses y no podrá ser menor a cero punto cinco (0.5).

Las entidades aseguradoras y reaseguradoras de seguros de personas que operen con seguros de accidentes personales, con seguros de asistencia médica y con seguros complementarios de vida, cuyo cálculo de primas no requieran de cálculo actuarial, deberán calcular para estos seguros, el margen de solvencia de corto plazo. En este caso el margen de solvencia corresponderá a la suma del margen de solvencia de corto plazo y del margen de solvencia de largo plazo.

CAPITULO II

DEL RÉGIMEN DE INVERSIONES

ARTÍCULO 34.- DISPOSICIONES GENERALES.- Las inversiones a las que se refiere el presente Capítulo, son aquellas provenientes de la totalidad de las reservas técnicas, del margen de solvencia y de las retenciones a los reaseguradores. Deberán ser invertidas buscando un equilibrio entre la rentabilidad, liquidez y seguridad.

Los recursos para inversión deben ser invertidos mediante mecanismos bursátiles, en valores de oferta pública y otros bienes que permite la presente Ley. Para casos de inversión en valores del TGN y BCB, también podrá efectuarse de manera directa a través del mercado primario extrabursátil. También podrán ser invertidos de manera directa en depósitos a plazo fijo en entidades financieras autorizadas por la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero - ASFI.

(Remplazado mediante parágrafo I de la Disposición Adicional Séptima de la Ley N° 455 de 11/12/2013)

Las inversiones en valores de oferta pública se encuentran sujetas a límites por tipo genérico de inversión, a límites por emisor y a límites por categorías de riesgo. La totalidad de los valores de oferta pública invertidos deben ser calificados por entidades calificadoras de riesgo, antes de su adquisición, de acuerdo a lo determinado por la Ley del Mercado de Valores.

Las categorías y sus equivalencias en las clasificaciones internacionales para la calificación de los valores, serán las establecidas en el reglamento de calificación de riesgo de la Ley de Mercado de Valores.

Las transacciones en valores de oferta pública correspondientes a los recursos para inversión, deben ser realizadas en mercados bursátiles primarios o secundarios locales o extranjeros, autorizados por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS o la institución supervisora extranjera del mercado de valores correspondiente. Las transacciones de valores del TGN y BCB también podrán ser realizadas en mercados primarios extrabursátiles de manera directa.

(Remplazado mediante parágrafo II de la Disposición Adicional Séptima de la Ley N° 455 de 11/12/2013)

Todos los valores que conformen los recursos para inversión deben mantenerse en entidades de depósitos de valores nacionales o extranjeros que cumplan con lo establecido en la Ley del Mercado de Valores o en las normas específicas del mercado de valores del país que corresponda.

La valuación de las inversiones financieras establecidas en el presente Capítulo se realizará periódicamente, de acuerdo a lo dispuesto por la Superintendencia, considerando la totalidad de los activos que los componen a precios de mercado.

El porcentaje de las reservas técnicas que puede ser invertido en bienes raíces, se limitará a inmuebles de renta y uso propio no gravados ni sometidos a restricciones de ninguna índole y que no pueden ser viviendas, ni destinados a vivienda.

Las entidades aseguradoras podrán invertir en préstamos sobre Pólizas de Seguros de Vida Voluntarios conforme a los valores aprobados en los planes técnicos.

Las entidades de prepago de índole similar al seguro, también podrán invertir en equipos y maquinarias que correspondan exclusivamente a la naturaleza del servicio prestado.

Para la adquisición y venta de bienes raíces y equipos y maquinaria, deberán intervenir entidades especializadas en valuación de dichos bienes, registradas en la Superintendencia.

Las inversiones a las que se refiere el presente Capítulo, provenientes del margen de solvencia, reservas técnicas y retención a los reaseguradores, son inembargables, salvo que fueran a requerimiento de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, en aplicación de lo dispuesto en los Artículos 47, 48, 49, 50 y 51 de la presente Ley.

(Incorporado mediante parágrafo VI de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

ARTÍCULO 35.- LÍMITES DE INVERSIÓN.- Las inversiones en valores de oferta pública señalados en el artículo anterior estarán sujetas a los siguientes límites.

- a) No más del cinco por ciento (5%) en valores de emisores vinculados con entidad aseguradora o su matriz.
- b) No más del diez por ciento (10%) en valores de renta fija de una empresa o de un grupo de empresas vinculadas entre sí pero no vinculadas con la entidad aseguradora o su matriz.
- c) No más del veinte por ciento (20%) de las inversiones en un solo emisor.
- d) No más de un veinte por ciento (20%) del Patrimonio de un mismo Emisor

La inversión en valores de corto y largo plazo emitidos por el Tesoro General de la Nación o el Banco Central de Bolivia, no estará sujeta a los límites establecidos en la presente Ley.

El Banco Central de Bolivia fijará periódicamente el límite máximo para inversiones en valores de emisores constituidos en el extranjero, el cual no podrá ser mayor al cincuenta por ciento (50%) de los recursos para inversión.

Se permite la inversión en valores no representativos de deuda, de acuerdo a reglamento y previa autorización de la Superintendencia.

Los límites máximos de inversión por tipo genérico de valores, dentro de los rangos de inversión establecidos por el reglamento de la presente Ley, serán fijados por el Superintendente de Pensiones, Valores y Seguros.

Las inversiones en bienes raíces no podrán exceder el treinta por ciento (30%) del total de las inversiones en entidades que administran seguros generales así como en las de seguros de personas. Además, dichas inversiones no podrán concentrarse en un solo bien o grupos de bienes, de acuerdo a reglamento.

(Modificado mediante Disposición Adicional Quinta de la Ley N° 856 de 28/11/2016)

Las entidades que administran seguros generales y seguros de personas deberán adecuar sus inversiones a lo preceptuado en el párrafo anterior en un plazo no mayor a cinco (5) años, contados a partir de la fecha de promulgación de la presente Ley.

Las inversiones que representan las reservas matemáticas de los seguros previsionales son inembargables.

Los reaseguros contratados en el extranjero no se descontarán de las reservas en los seguros de renta vitalicia del Seguro Social Obligatorio.

Se autoriza a las entidades aseguradoras de seguros de personas que administran los seguros previsionales, invertir en construcción de vivienda no suntuaria hasta un máximo equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor de sus reservas técnicas constituidas para estos riesgos.

(Incorporado mediante parágrafo VII de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

TITULO IV DE LOS SEGUROS OBLIGATORIOS

CAPITULO ÚNICO

ARTÍCULO 36.- SEGUROS OBLIGATORIOS.- Los seguros obligatorios solo pueden ser establecidos por Ley. Deberán ser administrados en fondos separados, sus pólizas serán uniformes y las variaciones en los montos de las primas deberán ser autorizadas expresamente por la Superintendencia, considerando las condiciones y términos de los contratos que las establecieron. Solo para efectos de aplicación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, las variaciones en los montos de las primas quedan exentas de autorización por parte de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

(Texto incorporado mediante punto 1 del Artículo 30 de la Ley N° 2064 de 03/04/2000)

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

La defensa del capital humano protegiendo la salud de la población, la continuidad de sus medios de subsistencia y la rehabilitación de las personas inutilizadas, se realiza por el Estado mediante el establecimiento de seguros obligatorios que conforman regímenes de seguridad social.

Asimismo, la garantía de la función social de la propiedad privada, del aprovechamiento de los recursos naturales para el desarrollo del país y de la procura del

bienestar del pueblo boliviano se concreta mediante el establecimiento de seguros obligatorios.

(Último párrafo derogado expresamente por inciso a), párrafo II del Artículo 198 de la Ley N° 365 de 10/12/2010)

ARTÍCULO 37.- ESTABLECIMIENTO DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO.- Se establece como obligatorio, que todo propietario de vehículo automotor en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, sea cual fuere su tipo, cuente con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT. Dicho seguro será indisputable, irreversible y su acción será directa contra la entidad aseguradora.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT tiene como objetivo, otorgar una cobertura de gastos médicos por accidentes y la indemnización por muerte o incapacidad total permanente a cualquier persona individual que sufra un accidente provocado por vehículo automotor en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

El capital asegurado para gastos médicos, será hasta la suma Bs.24.000.- (Veinticuatro mil 00/100 Bolivianos) por persona afectada por cada evento, sin que exista límite de personas cubiertas. Adicionalmente el capital asegurado para las eventualidades de muerte y/o incapacidad total permanente, será de Bs.22.000.- (Veintidós mil 00/100 Bolivianos) por persona afectada por evento y sin que exista límite de personas cubiertas por el mismo. Estos montos serán revisados por lo menos una vez cada tres (3) años por el Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado, pudiendo éste modificar los mismos mediante Decreto Supremo.

La calificación del grado de invalidez, deberá realizarse con el mismo Manual Único de Calificación de Invalidez y Muerte, y normas complementarias.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT, será comercializado por entidades aseguradoras que administran Seguros Generales y Seguros de Personas, legalmente establecidas en el país y habilitadas mediante autorización expresa de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT, podrá ser contratado o comercializado a distancia a través de medios electrónicos y teleinformática, utilizando documentos y firmas digitales, los cuales, para que tengan validez jurídica y probatoria, y produzcan todos los efectos previstos por el ordenamiento jurídico, deberán cumplir los requisitos establecidos en la Ley N° 164 de 8 de agosto de 2011, Ley General de Telecomunicaciones, Tecnologías de Información y Comunicación. *(Artículo modificado mediante Artículo Único de la Ley N° 737 de 21/09/2015)*

TITULO V
DE LA PROTECCIÓN A LOS ASEGURADOS, TOMADORES
Y BENEFICIARIOS DEL SEGURO

CAPITULO ÚNICO

ARTÍCULO 38.- DISPOSICIONES GENERALES.- La equidad en las relaciones entre los asegurados, tomadores y beneficiarios de seguros y las entidades aseguradoras, se concretará en la regulación del contrato de seguro por la Superintendencia, siendo nulas las cláusulas o estipulaciones que:

- a) Limiten o supongan renuncia al ejercicio de los derechos sinalagmáticos que los tomadores y beneficiarios del seguro tienen reconocidos por los códigos Civil, de Comercio, procesales y las leyes del Estado Plurinacional de Bolivia.
- b) Permitan modificar unilateralmente el precio o condiciones de cobertura de las pólizas, contratos o planes de seguros por la entidad aseguradora.
- c) Impongan condiciones discriminatorias o que provoquen la indefensión del asegurado, tomador o beneficiario del seguro.

La protección jurídica a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro, se concretará en los siguientes aspectos:

- a) La oferta de productos y servicios se ajustará a la naturaleza, condiciones, precio y modalidades que se publiciten, ya sean en las dependencias de la entidad aseguradora o a través de anuncios, prospectos, circulares o cualquier medio de comunicación.
- b) El alcance del contrato de seguros, en caso de discrepancia, ambigüedad o duda será interpretado siempre del modo más favorable para el asegurado, tomador o beneficiario.
- c) Las cláusulas que subordinen la efectividad del pago o del servicio a la aceptación de otras prestaciones o servicios suplementarios por la misma u otra entidad aseguradora, son ineficaces.

Todo asegurado, tomador o beneficiario de seguros, tiene derecho a una información clara, veraz y suficiente sobre los productos y servicios ofertados por las entidades aseguradoras.

La publicidad de los productos ofertados por las entidades aseguradoras, no podrá inducir a confusión o engaño y resaltarán las características del seguro o plan ofertado de manera fácilmente comprensible para el público en general.

Las entidades aseguradoras deberán promover el desarrollo de una mayor capacidad, racionalidad y transparencia en las decisiones para la compra de seguros y planes de seguros por el público en general, facilitando la elección fundada en el precio y la calidad de los productos.

Difundirán el conocimiento de las normas, acciones y procedimientos e instituciones del sector y precautelarán los riesgos derivados de la oferta de productos que puedan perjudicar a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

Los asegurados, tomadores de seguros de vida y sus beneficiarios gozan del carácter de acreedores con privilegio y se pagarán con preferencia a otros acreedores.

ARTÍCULO 39.- ARBITRAJE.- Las controversias de hecho sobre las características técnicas de un seguro, serán resueltas a través del peritaje, de acuerdo a lo establecido en la póliza de seguro. Si por esta vía no se llegara a un acuerdo sobre dichas controversias, éstas deberán definirse por la vía del arbitraje.

Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de seguro, reaseguro o planes de seguro, serán resueltas en única e inapelable instancia, por la vía del arbitraje, de acuerdo a lo previsto en la Ley 1770 (Ley de Conciliación y Arbitraje).

(NOTA.- Por disposiciones Abrogatoria y Derogatoria Única de la Ley N° 708 de Conciliación y Arbitraje de 25 de junio de 2015, se abrogó la Ley N° 1770 de 10 de marzo de 1997 de Arbitraje y Conciliación.)

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros podrá fungir como instancia de conciliación para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de UFV100.000.00.- (Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda). Si por esta vía no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

(Incorporado mediante parágrafo VIII de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

TÍTULO VI DEL CONTROL Y FISCALIZACIÓN

CAPÍTULO I

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

ARTÍCULO 40.- JURISDICCIÓN Y DOMICILIO.- La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, es una institución autárquica de derecho pú-

blico, de duración indefinida con jurisdicción nacional y competencia privativa e indelegable que forma parte del Sistema de Regulación Financiera (SIREFI). Tiene domicilio principal en la ciudad de La Paz, pudiendo establecer oficinas o Intendencias en otros lugares del territorio nacional. Se rige por las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentos.

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

Quedan sujetas a la jurisdicción de la Superintendencia las personas y entidades que realicen las actividades normadas en la presente Ley.

ARTÍCULO 41.- FUNCIONES Y OBJETIVOS.- La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, como órgano que fiscaliza y controla las personas, entidades y actividades del sector de seguros del Estado Plurinacional de Bolivia, tiene los siguientes objetivos:

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

- a) Velar por la seguridad, solvencia y liquidez de las entidades aseguradoras, reaseguradoras, entidades de prepago, intermediarios y auxiliares del seguro.
- b) Informar periódicamente a la opinión pública sobre las actividades del sector y de la propia Superintendencia.
- c) Proteger a los asegurados, tomadores y beneficiarios de seguros.
- d) Velar por la publicidad adecuada y la transparencia de las operaciones en el mercado de seguros.
- e) Cumplir y hacer cumplir la presente Ley y sus reglamentos, asegurando la correcta aplicación de sus principios, políticas y objetivos.

ARTÍCULO 42.- FINANCIAMIENTO DE LA SUPERINTENDENCIA.- Las actividades de la Superintendencia se financiarán mediante una aportación que deberá ser deducida del monto total de las primas brutas producidas por las entidades aseguradoras o de los ingresos brutos de las personas sujetas a supervisión. El presupuesto anual deberá ser aprobado de acuerdo a Reglamento.

La aportación no podrá exceder al dos por ciento (2%) de las primas netas producidas para Ramos Generales y el uno por ciento (1%). Los seguros obligatorios, los previsionales y los de vida, porcentajes calculados sobre las primas netas producidas.

ARTÍCULO 43.- ATRIBUCIONES DE LA AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS.-

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

La Superintendencia tiene las siguientes atribuciones:

- a) Otorgar, modificar y revocar las autorizaciones de funcionamiento y los registros de las personas sujetas a su jurisdicción, de acuerdo a la presente Ley y sus reglamentos.
- b) Autorizar el funcionamiento, fusión y modificación de estatutos de las entidades bajo su jurisdicción.
- c) Supervisar, inspeccionar y sancionar a las entidades bajo su jurisdicción.
- d) Supervisar las actividades, pólizas de seguros y los contratos en general realizados por las entidades bajo su jurisdicción.
- e) Supervisar la conformación de los márgenes de solvencia y reservas técnicas, así como la aplicación de las normas de inversión que establece la presente Ley.
- f) Ordenar restricciones a la emisión de pólizas o renovación de las anteriores, cuando no se haya cumplido con los incrementos destinados a los márgenes de solvencia o con el mantenimiento de las reservas técnicas.
- g) Establecer y actualizar métodos de cálculo de los factores y parámetros técnicos de los seguros.
- h) Ordenar la conciliación periódica de las cuentas de reaseguros.
- i) Establecer el registro de corredores y reaseguradores que operen en el mercado nacional.
- j) Determinar normas contables y establecer planes únicos de cuentas para las entidades aseguradoras y reaseguradoras por cada modalidad y para las personas intermediarias y auxiliares del seguro.
- k) Ordenar inspecciones o auditorías, a las entidades y personas bajo su jurisdicción.
- l) En caso necesario, disponer la intervención y disolución de las entidades bajo su jurisdicción y en caso necesario, fiscalizar la liquidación voluntaria o forzosa de las mismas.
- m) Autorizar la cesión de cartera voluntaria entre entidades aseguradoras y reaseguradoras y disponerla cuando fuere obligatoria.
- n) Elaborar las estadísticas técnicas y las biométricas y exigir su publicación.
- o) Autorizar a las empresas de auditoría habilitadas para el mercado de seguros, así como fijar sus términos de referencia.
- p) Llevar una central de riesgos, vinculada con la Asociación Sectorial y la Central de Riesgos del Sistema Bancario.

- q) Publicar mensualmente los estados financieros de las entidades bajo su jurisdicción.
 - r) Proponer normas al Poder Ejecutivo.
 - s) Emitir disposiciones operativas para el cumplimiento de la presente Ley y de sus reglamentos.
 - t) Todas aquellas atribuciones que sean necesarias para el cumplimiento de sus funciones.
 - u) Aplicar las sanciones contenidas en la presente Ley.
 - v) Actuar como ente de conciliación en siniestros no superiores a UFV100.000,00.- (Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda), y en su caso, resolver la controversia mediante resolución administrativa motivada.
 - w) Mediante orden judicial y en su caso con auxilio de la fuerza pública, tomar posesión física y precintar todas las instalaciones de las personas naturales o jurídicas que incurran en la prohibición del Artículo 2 de la presente Ley.
- (Incisos v) y w) incorporados mediante parágrafo IX de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)*

ARTÍCULO 44.- ATRIBUCIONES SOBRE CONTRATOS SUSCRITOS CON CORREDORES Y REASEGURADORES EXTRANJEROS.- La Superintendencia deberá prohibir la aceptación de entidades reaseguradoras en el mercado, cuando:

- a) La Entidad Reaseguradora no cumpla con un nivel de calificación de riesgo mínimo por reglamento, basada en la capacidad de pago de siniestro, de acuerdo a calificación internacional realizada por entidad calificadora de riesgo.
- b) No se encuentre supervisada adecuadamente por la institución supervisora que corresponda a su jurisdicción, de acuerdo a criterios de supervisión.
- c) Cuando existan antecedentes de incumplimiento de la Entidad de Reaseguro.

ARTÍCULO 45.- ATRIBUCIONES SOBRE LOS CORREDORES DE SEGURO Y DE REASEGUROS.- La Superintendencia no autorizará la operación de Entidades Corredoras de Seguro y Reaseguro cuando:

- a) Cuando cualquiera de ellas tenga antecedentes de incumplimiento y/o conducta profesional.
- b) Cuando no acrediten ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, cualquiera de las normas exigidas por la presente Ley y una póliza de seguros de Errores y Omisiones, de acuerdo a términos, condiciones y límites establecidos por reglamento.

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

ARTÍCULO 46.- SUPERINTENDENTE DE PENSIONES, VALORES Y SEGUROS.-
(Derogado expresamente por Disposición Derogatoria Única de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

CAPITULO II

REGULARIZACIÓN DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS.

PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS

ARTÍCULO 47.- MEDIDAS PRECAUTORIAS Y LIQUIDACIÓN VOLUNTARIA.-
Cuando cualquier entidad aseguradora o reaseguradora no cumpliera con alguna de las obligaciones establecidas en el artículo 12 de la presente Ley, para prevenir la agravación del daño económico o perjuicio causado, la Superintendencia se encuentra facultada a determinar:

- a) La suspensión de la emisión y la renovación de pólizas y la aceptación de riesgo.
- b) La sesión de cartera a otra entidad aseguradora o reaseguradora en forma definitiva o temporal, comprendiendo dicha sesión la transferencia de la totalidad o parte de los contratos de seguros o reaseguros que integran la cartera de la entidad cedente. Para esos efectos, la entidad cesionaria, se subroga automáticamente todas las obligaciones y derechos emergentes de los contratos vigentes a la fecha de la obligación.
- c) Ordenar al Directorio de la entidad, el registro contable de las pérdidas, castigos, provisiones y otros ajustes contra el patrimonio y reservas, para proceder al canje y resellado de acciones de acuerdo al valor patrimonial proporcional residual.
- d) Registrar preventivamente los valores, bienes raíces y otros activos ante las autoridades pertinentes.

La liquidación voluntaria de las entidades aseguradoras se regulará por el art. 116 de la Ley de Bancos y Entidades Financieras, sustituyéndose sin embargo las actuaciones previstas para el Superintendente de Bancos en la mencionada Ley, por la intervención del Superintendente de Pensiones, Valores y Seguros.

ARTÍCULO 48.- CAUSALES DE INTERVENCIÓN PARA LA LIQUIDACIÓN FORZOSA. La Superintendencia podrá intervenir para liquidar a una entidad aseguradora o reaseguradora cuanto ésta incurra en una de las siguientes causales:

- a) Se evidencie el incumplimiento insubsanable de alguna de las obligaciones establecidas en el art. 12 y de acuerdo a lo estipulado en el Art. 53 de la presente Ley.
- b) Incurra en alguna de las causales de presunción de quiebra previstas en el artículo 1489 del Código de Comercio.

- c) Mantenga un capital inferior al mínimo legal, no realice los incrementos patrimoniales destinados al margen de solvencia o las reservas técnicas fueran insuficientes por un plazo que exceda a noventa (90) días calendario, contados desde la fecha en que se produjo dicha carencia.
- d) Incumpla las normas sobre inversiones establecidas en la presente Ley y sus reglamentos, de acuerdo a lo estipulado en los Arts. 34 y 35.
- e) No preste sus servicios durante diez (10) días calendario continuos, salvo causales de fuerza mayor.

ARTÍCULO 49.- INTERVENCIÓN, REVOCATORIA DE LICENCIA Y TRASPASO DE CARTERA.- La intervención de una entidad aseguradora o reaseguradora procederá mediante resolución administrativa de la Superintendencia, debidamente fundamentada. La interposición de recursos en contra de la resolución administrativa de intervención, no impedirá que la medida sea ejecutada.

Durante la intervención, la Superintendencia asume las facultades de la Junta General de Accionistas y del Directorio y designará interventor con facultades de administración para la liquidación, que serán especificadas en su designación.

En cualquier momento, el Superintendente podrá revocar la autorización de funcionamiento de la entidad aseguradora. En tal caso, el Superintendente dispondrá la sesión de cartera de la entidad intervenida a otra u otras entidades y, cuando corresponda, la suspensión de coberturas en seguros generales. La interposición de recursos en contra de la resolución administrativa de revocatoria de licencia no suspenderá dicha sesión de cartera.

En todo momento, la Superintendencia también podrá disponer el cumplimiento de tareas específicas por los empleados y ejecutivos de la entidad aseguradora intervenida o cuya autorización de funcionamiento hubiera sido revocada.

La intervención o revocación de la autorización de funcionamiento de la entidad no interrumpe las obligaciones y derechos contraídos por la entidad en la administración de seguros y reaseguros y no afecta la vigencia de las pólizas contratadas.

La cesión de la cartera de la entidad intervenida para liquidación forzosa a otra entidad, comprenderá la cesión de las obligaciones generadas en la cartera y la transferencia de los activos que la respaldan, mediante mecanismos de mercado y de acuerdo a reglamentación especial de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

(Modificado por Disposición Final Primera de la Ley N° 365 de 23/04/2013)

La Superintendencia, en los casos de intervención para liquidación forzosa, en forma alternativa al mecanismo de cesión de cartera descrito en el párrafo precedente, podrá disponer la transferencia de la totalidad de los activos y pasivos de la entidad intervenida, a una entidad aseguradora u otra entidad constituida como sociedad accidental conforme a las previsiones del Código de Comercio, para que dichos activos y pasivos sean administrados por la entidad receptora, por el tiempo que estipule el correspondiente contrato de administración.

El contrato de transferencia de cartera en administración podrá estipular la opción de compra de la cartera, en caso de que la administradora sea una entidad aseguradora

(Párrafos último, penúltimo y antepenúltimo incorporados mediante punto 2 del Artículo 30 de la Ley N° 2064 de 03/04/2000)

ARTÍCULO 50.- DISOLUCIÓN.- La disolución de una entidad aseguradora o reaseguradora solo procederá previa autorización de la Superintendencia, por las causales establecidas en el Código de Comercio para sociedades anónimas.

En caso necesario, la resolución administrativa de la Superintendencia dispondrá la revocatoria de autorización de funcionamiento y la sesión de cartera de acuerdo a lo establecido por la presente Ley, o la integración de carteras administradas por entidades que se fusionen.

ARTÍCULO 51.- MEDIDAS JURISDICCIONALES.- Constituye competencia de los jueces en materia administrativa y tributaria, otorgar las medidas jurisdiccionales que la Superintendencia solicite para la debida aplicación de las normas del presente Capítulo, incluyendo medidas preparatorias de demanda y medidas precautorias de todo tipo. Las medidas jurisdiccionales solicitadas por la Superintendencia no precisan de requerimiento fiscal previo ni de contracautela.

En concordancia con el Art. 48 de la presente Ley, la Superintendencia tiene la facultad de tomar posesión física y precintar todas las instalaciones de las entidades intervenidas, con auxilio de la fuerza pública. Las acciones penales que inicie la Superintendencia se substanciarán ante las autoridades judiciales competentes y con intervención de los fiscales en materia penal.

ARTÍCULO 52.- INFRACCIONES Y SANCIONES.- Se establecen los siguientes tipos de infracciones y sanciones aplicables por la Superintendencia:

INFRACCIONES

INFRACCIONES LEVES. Corresponderán al incumplimiento enmendable o subsanable de las normas legales como resultado de negligencia o imprudencia no

imputable a los representantes legales de la entidad y que no causen daño económico o perjuicio a la misma o a los asegurados, tomadores del seguro, beneficiarios u otros terceros.

INFRACCIONES GRAVES. Corresponderán al incumplimiento enmendable o subsanable de las normas legales como resultado de culpa o dolo imputable a los representantes legales de la entidad y que causen daño económico o perjuicio a la misma o a los asegurados, tomadores del seguro, beneficiarios u otros terceros.
(Párrafo “Infracciones insubsanables” dejado sin aplicación por haber sido declarado Inconstitucional algunas de sus frases mediante Sentencia Constitucional Plurinacional 0394/2014 de 25/02/2014)

INFRACCIONES PENALES. Corresponden a las tipificadas en el Código Penal.

SANCIONES

De acuerdo a la naturaleza de la infracción y a las previsiones reglamentarias, la Superintendencia se encuentra habilitada a aplicar las siguientes sanciones administrativas:

AMONESTACIÓN. Corresponderá a la comisión de una infracción leve.

MULTAS. Corresponderán a la comisión de una infracción leve o grave.

SUSPENSIÓN TEMPORAL DE REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES Y OPERACIONES. Corresponderá a la comisión de una infracción grave.
(Párrafo “Revocatoria de la Autorización de Funcionamiento” dejado sin aplicación por haber sido declarado Inconstitucional algunas de sus frases mediante Sentencia Constitucional Plurinacional 0394/2014 de 25/02/2014)

ARTÍCULO 53.- PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS.- Los procedimientos aplicables en el sector de seguros son los establecidos para el sistema de regulación financiera.

TITULO VII DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

ARTÍCULO 54.- EXENCIÓN TRIBUTARIA.- Las primas de seguros de vida, no constituyen hecho generador de tributos. Las indemnizaciones por seguros de vida, quedan exentas de impuesto sucesorio.

ARTÍCULO 55.- ADECUACIÓN A LA PRESENTE LEY.- Las personas jurídicas, entidades o grupos de personas, independientemente de su naturaleza o de la

norma que las hubiera creado que se encuentren operando en las actividades reguladas por la presente Ley, en el territorio boliviano, a la promulgación de la misma, deberán adecuarse a los requisitos que se establecen, de acuerdo al siguiente procedimiento.

- a) La conversión social de las entidades o personas especificadas, deberá efectuarse en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, de conformidad a disposiciones estatutarias, constitutivas o reglamentarias que le sean aplicables. Las cooperativas de Seguros deberán adecuarse a los requisitos establecidos en la presente ley en un plazo no mayor a tres años.
- b) La conversión no requerirá de autorización de constitución de la Superintendencia. Una vez constituida la sociedad, se deberá solicitar la autorización de funcionamiento a la Superintendencia, la cual solo será otorgada una vez que se hayan cumplido los requisitos establecidos por la presente Ley.
- c) Será imprescindible la presentación de un compromiso de adecuación con un cronograma adjunto en el plazo de noventa (90) días de promulgada la presente Ley.
- d) La adecuación financiera y técnica tendrá un plazo máximo de un (1) año.

Si por razones de número, dispersión geográfica u otras dificultades de hecho, las entidades o personas jurídicas no pueden cumplir con los requisitos legales o contractuales para acordar la conversión, sus administradores quedan autorizados a efectuar una segunda convocatoria a Asamblea o reunión, cuyas decisiones serán válidas con el número de socios o integrantes que se encuentren presentes.

Los impedimentos contractuales que existan para realizar la conversión deberán ser modificados, recurriendo a mecanismos que aseguren la transparencia del proceso y los intereses de los socios o integrantes.

Si por la naturaleza jurídica de las entidades o personas se requiere la intervención o asistencia de autoridades o entidades públicas, éstas deberán prestar el concurso necesario, cumpliendo las disposiciones que correspondan.

Mientras se efectúe la conversión y hasta la emisión de la autorización de funcionamiento, la Superintendencia tendrá la facultad de autorizar provisionalmente la prestación de servicios. Las entidades o personas especificadas, que no cumplan con la conversión en el plazo señalado, o con los requisitos legales para obtener la autorización de funcionamiento en el plazo que especifique la Superintendencia, serán intervenidas y sujetas a las medidas de disolución y liquidación previstas por la presente Ley.

ARTÍCULO 56.- CATEGORÍAS Y EQUIVALENCIAS.- Las categorías y equivalencias para la calificación de valores será la establecida en el D.S. 24469 de 22 de enero de 1997, mientras no se emita el reglamento correspondiente a la Ley de Mercado de Valores.

Las categorías y equivalencias para las entidades aseguradoras y reaseguradoras serán establecidas reglamentariamente.

ARTÍCULO 57.- REGLAMENTACIÓN.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley mediante Decreto Supremo.

ARTÍCULO 58.- MODIFICACIONES, ACLARACIONES, ABROGACIONES Y DEROGATORIAS.-

1. Se modifican los siguientes artículos del Código de Comercio:
 - a) Se elimina el último párrafo del artículo 979 que señala: “El presente título no es aplicable a los regímenes del Seguro Social”.
 - b) El texto del artículo 1006 se sustituye por el siguiente: “El contrato de seguro se prueba por escrito, mediante la póliza de seguro. Sin embargo, se admiten los más medios, siempre que exista principio de prueba por escrito. Se entiende por Póliza de seguro las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Anexos. Deberá redactarse en idioma castellano en forma clara y fácilmente legible y extenderse en los ejemplares que corresponda, debiendo entregarse el original al asegurado”.
 - c) El texto del artículo 1017 del Código de Comercio se sustituye por el siguiente: “La prima es debida desde el momento de la celebración del contrato, pero no es exigible sino con la entrega de la póliza o certificado provisional de cobertura. Las primas sucesivas se pagarán a comienzo de cada periodo, salvo que se estipule otra forma de pago, en cuyo caso se cargarán los intereses correspondientes de acuerdo a su diferimiento”.
 - d) El texto del artículo 1018 del Código de Comercio se sustituye por el siguiente:

“En los seguros de daños, si la entrega de la póliza o certificado provisional de cobertura se realiza si la percepción de la prima, se presume la concesión de crédito con intereses por su importe.

Si el pago de la prima es parcial, se presume el otorgamiento de crédito por intereses por el saldo.

El incumplimiento en el pago de la prima más los intereses, dentro de los plazos fijados, suspende la vigencia del contrato.

Suspendida la vigencia de la póliza, el asegurador tiene derecho con fuerza ejecutiva a la prima correspondiente al período corrido, calculada a prorrata”.

- e) El texto del artículo 1024 del Código de Comercio se modifica de la siguiente manera:

“Si la rescisión fuera por voluntad del asegurador, éste devolverá a prorrata la parte de la prima de seguro por el tiempo no corrido, salvo que durante la vigencia del seguro objeto de la rescisión, haya pagado al asegurado, siniestros por un valor de cuando menos el ochenta y cinco por ciento (85%) del monto de la prima neta anual pactada. Si fuera por voluntad del asegurado, el asegurador tendrá derecho a la prima por el tiempo corrido, según la tarifa de plazos cortos”.
 - f) El texto del artículo 1033 del Código de Comercio, se modifica de la siguiente manera:

“El plazo de treinta (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud del asegurador al asegurado de que se complementen los requerimientos contemplados en el artículo 1031 y no vuelve a correr hasta que el asegurado haya cumplido con tales requerimientos”.
2. Se modifican los siguientes artículos de la Ley 1732 de 29 de diciembre de 1996 (Ley de Pensiones):
- a) El primer párrafo del artículo 8 de la misma mencionada Ley, se modifica con el siguiente tenor: “La prestación de invalidez por riesgo común consiste en una pensión que se paga al afiliado en caso de sufrir incapacidad total y definitiva para efectuar un trabajo razonablemente remunerado, no proveniente de riesgo profesional y a causa de enfermedad”.
 - b) En el mismo artículo se incorpora el siguiente párrafo final: “Para las prestaciones de invalidez por riesgo común, ocasionada por accidente, se aplican los requisitos establecidos en los incisos a), b) y c) de este artículo”.
 - c) En los artículos 37 y 38 de la señalada Ley 1732 se sustituye “Superintendencia de Pensiones” por “Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros,”.
 - d) Se deroga el inciso p) del artículo 49 de la Ley de Pensiones
3. Los contratos de seguros enumerados en el título III del D.S. 14379 de 25 de febrero de 1977, son numerativos y no restringen la libertad de contratación por los tomadores de seguros y la de producción de servicios por las entidades aseguradoras.

4. Se abroga la Ley de 27 de septiembre de 1904.
5. Se abroga el Decreto Ley 15516 de 2 de junio de 1978.
6. Se derogan todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

Pase al Poder Ejecutivo para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones del Honorable Congreso Nacional, a los veintitrés días del mes de junio de mil novecientos noventa y ocho años.

Fdo. Wálter Guiteras Denis, Hormando Vaca Diez Vaca Diez, Gonzalo Molina Osio, Edgar Lazo Loayza, Guido Roca Villavicencio, Jhonny Plata Chalar.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veinticinco días del mes de junio de mil novecientos noventa y ocho años.

FDO. HUGO BANZER SUAREZ, Carlos Iturralde Ballivián, Guido Nayar Parada, Edgar Millares Ardaya, Jorge Pacheco Franco, MINISTRO INTERINO DE DESARROLLO ECONOMICO, Tonchy Marinkovic Uzqueda.



DECRETO SUPREMO N° 25201

REGLAMENTO A LA LEY DE 1883

HUGO BANZER SUAREZ
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETO SUPREMO N° 25201

HUGO BANZER SUAREZ
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO :

Que la Ley 1883 del 25 de junio de 1998, Ley de Seguros, establece en su artículo 57 que el Poder Ejecutivo reglamentará dicha ley mediante decreto supremo;

Que es necesario establecer un reglamento para permitir que el Comité de Normas Financieras de Prudencia, CONFIP, creado por el Capítulo II del Título VI de la Ley 1864 del 15 de junio de 1998, Ley de Propiedad y Crédito Popular, considere y apruebe las resoluciones operativas correspondientes a la Intendencia de Seguros;

Que es procedente determinar los conceptos generales para los mecanismos técnico financieros y los requisitos legales del sector de seguros;

EN CONSEJO DE MINISTROS

D E C R E T A :

CAPITULO I **DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 1. OBJETO.- El presente decreto supremo reglamenta la Ley 1883 del 25 de junio de 1998, Ley de Seguros.

ARTÍCULO 2. MODALIDADES DE SEGURO.- De acuerdo con lo establecido en los artículos 6,7 y 11 de la Ley de Seguros, las entidades aseguradoras pueden asumir riesgos de terceros y otorgar coberturas en solo una de las siguientes modalidades predefinidas:

- a. Como Entidades de Seguros de Personas, que podrán adicionalmente administrar los servicios de Prepago en Salud, previa autorización de la Superintendencia, o
- b. Como Entidades de Seguros Generales, que podrán adicionalmente administrar los seguros de Salud, Accidentes y de Fianzas, previa autorización de la Superintendencia, o
- c. Como Entidades de seguros de Fianzas exclusivamente, previa autorización de la Superintendencia, o

- d. Como Entidades de servicios de Prepago exclusivamente, previa autorización de la Superintendencia.

Los seguros previsionales, de Riesgo Común, Riesgo Profesional y los Seguros Vitalicios, podrán ser administrados únicamente por Entidades Aseguradoras que administren Seguros de Personas.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT, podrá ser administrado únicamente por entidades aseguradoras que administren Seguros Generales, de acuerdo a reglamento expreso.

CAPITULO II

CONSTITUCION Y FUNCIONAMIENTO DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS

ARTÍCULO 3. REQUISITOS PARA LA CONSTITUCION DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS.- Las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras que deseen constituir una Entidad Aseguradora o Reaseguradora, deberán presentar a la Superintendencia, de conformidad con la Ley de Seguros y el presente reglamento, los siguientes requisitos;

Estudio de factibilidad técnico económico y financiero, o plan de negocios.

Proyecto de escritura de constitución de sociedad anónima y estatutos.

Documento de antecedentes personales emitido por autoridad pública competente nacional o extranjera cuando corresponda, que certifique la solvencia fiscal y declaración patrimonial de bienes.

Contrato Individual de suscripción de acciones.

Las normas para la presentación de estos requisitos serán establecidas mediante Resolución emitida por la Superintendencia.

Los plazos a que hace mención el artículo 8 de la Ley de Seguros referente a la constitución de entidades aseguradoras y reaseguradoras se computará como días calendario.

ARTÍCULO 4.- REQUISITOS PARA OBTENER AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO.- De conformidad con los artículos 8 y 10 de la Ley de Seguros, toda entidad que realice actividad aseguradora requiere autorización expresa y previa de la Superintendencia.

Para otorgar autorización de funcionamiento, la Superintendencia exigirá el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a. Tener pagado en moneda de curso legal el cien por cien (100%) del capital mínimo establecido por la Ley de Seguros.
- b. Los documentos de constitución social, inscripción en el registro de comercio o correspondientes, balance auditado de apertura, nómina de su directorio u órgano de dirección equivalente de las personas jurídicas intervinientes, deberán sujetarse a lo dispuesto en el Título III, Capítulo V del Código de Comercio y disposiciones reglamentarias.
- c. Presentar los manuales operativos
- d. Indicar el local de funcionamiento el cual deberá cumplir con los requisitos mínimos para atención al público, de acuerdo a manual establecido por la Superintendencia.
- e. Los requisitos técnicos y de prestación de servicios que establezca la Superintendencia mediante Resolución.

Los plazos a que hace mención el artículo 10 de la Ley de Seguros referentes a la autorización de funcionamiento, son computables como días calendario.

ARTÍCULO 5.- APERTURA DE SUCURSALES, AGENCIAS Y OFICINAS.- Las entidades aseguradoras y reaseguradoras podrán establecer sucursales, agencias u oficinas en el territorio nacional, previo cumplimiento de la normativa pertinente respecto a márgenes de solvencia y políticas de inversión y no se encuentren bajo observación o intervención por parte de la Superintendencia. La apertura de sucursales, agencias u oficinas en territorio nacional debe ser registrada en la Superintendencia.

El establecimiento de filiales o sucursales en el exterior del país requiere la autorización previa de la Superintendencia y cumplimiento de los requisitos de seguridad y solvencia exigidos mediante norma aprobada por el CONFIP.

ARTÍCULO 6.- INTERMEDIARIOS Y AUXILIARES DEL SEGURO Y REASEGURO.- La actividad de intermediación del seguro y reaseguro así como las condiciones y términos de la Póliza de Errores y Omisiones a que hace referencia el artículo 45 de la Ley de Seguros serán normadas por la Superintendencia.

CAPÍTULO III

PATRIMONIO Y MARGENES DE SOLVENCIA

ARTÍCULO 7.- PATRIMONIO.- El patrimonio de una entidad aseguradora o reaseguradora no podrá ser en ningún momento inferior al Margen de Solvencia establecido para dicha entidad aseguradora o reaseguradora.

A efectos del artículo 48 de la ley de Seguros se entenderá por capital inferior al mínimo legal, toda situación del patrimonio que resultare inferior al margen de solvencia.

ARTÍCULO 8.- CAPITAL MINIMO.- El Capital Mínimo al que hace referencia el artículo 29 de la Ley de Seguros, no podrá estar conformado en ningún momento por bonos obligatoriamente convertibles en acciones emitidos por la misma u otras entidades aseguradoras o reaseguradoras.

ARTÍCULO 9.- FONDO DE GARANTIA.- El Fondo de Garantía establecido mediante el artículo 31 de la ley de Seguros forma parte del Capital Mínimo o Margen de Solvencia establecidos en la ley de seguros. Sin perjuicio de lo señalado anteriormente el Fondo de Garantía de cada entidad aseguradora deberá depositarse en custodia permanente en una entidad de depósito de valores legalmente autorizada.

Transitoriamente, mientras se autoricen entidades de depósito, la Superintendencia, establecerá mediante resolución las entidades bancarias que puedan desempeñar esta función.

Las entidades aseguradoras no podrán contratar entidades de depósito con las cuales tengan vinculación patrimonial, familiar o administrativa o exista dependencia de un controlador común.

ARTÍCULO 10.- MARGENES DE SOLVENCIA.- Los márgenes de solvencia establecidos en la Ley de Seguros en sus artículos 32 y 33, no podrán estar conformados por bonos obligatoriamente convertibles en acciones emitidas por la propia entidad aseguradora y otras entidades aseguradoras o reaseguradoras.

Los márgenes de solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán ser el monto mayor, entre la suma de los márgenes de solvencia de cada ramo y modalidad o el capital mínimo. Para estos efectos se entenderá como ramo la especialidad o tipo de seguro o seguros que la Superintendencia establezca como afines o similares dentro de cada modalidad.

Los márgenes de solvencia se calcularán de conformidad a norma emitida por la Superintendencia, mediante Factores de Cálculo aprobados por el Comité de Normas Financieras de Prudencia, quedando establecidos los siguientes valores mínimos:

- i) El Factor de Cálculo de las reservas matemáticas no podrá ser inferior al cuatro por ciento (4%).
- ii) El Factor de Cálculo de primas no podrá ser inferior a veinticinco por ciento (25%).

- iii) El Factor de Cálculo para siniestros no podrá ser inferior al cuarenta y cinco por ciento (45%).

CAPITULO IV RESERVAS TECNICAS

ARTÍCULO 11. RESERVAS TECNICAS.- Las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán constituir y mantener de manera permanente las reservas técnicas que establece el artículo 30 de la Ley de Seguros. Estas reservas deberán constituirse de conformidad con el presente reglamento.

Los procedimientos de cálculo y manejo contable de las reservas serán establecidos mediante norma expresa emitida por la Superintendencia.

ARTÍCULO 12. RESERVAS MATEMATICAS.- La reserva matemática es la diferencia entre el valor presente de los beneficios o prestaciones futuras a cargo de la entidad aseguradora y el valor presente de las primas netas futuras.

Las tablas de mortalidad e invalidez a ser utilizadas para el cálculo de la reserva matemática deberán ser registradas en la Superintendencia, así como cualquier revisión y actualización de las mismas. La Superintendencia podrá rechazar dichas tablas o solicitar su enmienda de acuerdo a procedimiento específico.

La Superintendencia deberá establecer parámetros internos referenciales para una estimación técnica adecuada de las tablas mencionadas.

ARTÍCULO 13.- RESERVA PARA RIESGO EN CURSO.- La Reserva para Riesgo en Curso corresponde a las primas no devengadas netas de reaseguro, en el momento de su cálculo.

La Superintendencia, mediante resolución, establecerá los procedimientos de cálculo y definirá cuando sea necesario, reservas de riesgo en curso especiales.

ARTÍCULO 14.- RESERVAS PARA SINIESTROS PENDIENTES.- A efectos de la presente norma, se entenderá como reservas para siniestros pendientes, la reserva técnica correspondiente al cumplimiento de las obligaciones netas de reaseguro, emergentes de siniestros ocurridos, denunciados o no, que aún no han sido indemnizados.

Las reservas para siniestro pendientes son:

- a. Para Siniestros Liquidados y No Pagados: Comprende todos aquellos siniestros cuya liquidación ha sido aceptada por las partes en forma y pla-

zo, y que a la fecha de los estados financieros se encuentran pendientes de pago.

- b. Para Siniestros Controvertidos: Comprende todos aquellos siniestros cuya liquidación ha sido controvertida por las partes.

La Provisión de los recursos para Siniestros Controvertidos no implica reconocimiento de deuda por parte de la entidad aseguradora.

- c. Para Siniestros por Liquidar: Incluye todos aquellos siniestros denunciados a la entidad aseguradora y cuyo informe de liquidación aún no ha sido recibido a la fecha de los estados financieros. También deben considerarse aquellas denuncias que no han sido enviadas al liquidador.
- d. Para Reservas de Siniestros Ocurridos y No Reportados: Corresponde a una estimación de aquellos siniestros que a la fecha de cálculo de la reserva han ocurrido y no han sido denunciados a la entidad aseguradora.

ARTÍCULO 15.- RESERVA PARA SEGUROS DE VIDA CON CUENTA DE CAPITALIZACIÓN.- Las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán constituir, cuando la Superintendencia así lo requiera, una reserva para los seguros de vida con cuenta de capitalización, mostrándose por separado el valor del fondo de inversión de la reserva técnica correspondiente.

ARTÍCULO 16.- RESERVAS ESPECIALES Y PARA RIESGOS CATASTROFICOS.- Las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán constituir reservas especiales y para riesgos catastróficos, cuando sea pertinente. Estas reservas se determinarán mediante norma aprobada por el CONFIP y serán exigibles por la Superintendencia cuando corresponda.

CAPITULO V INVERSIONES

ARTÍCULO 17.- LIMITES DE INVERSION.- De acuerdo a lo establecido en el artículo 35 de la Ley de Seguros los límites de inversión serán determinados prudencialmente por el CONFIP.

Los criterios generales para el establecimiento de los límites deberán considerar al menos, la categorización entre seguros voluntarios y obligatorios, los límites por Tipo Genérico de inversión, los límites por Emisor y los límites por vinculación Sectorial.

Para los valores de renta fija se establecerán factores de riesgo obligatorio, de acuerdo a equivalencias establecidas en el capítulo VIII del Decreto Supremo 24469 de 22 de enero de 1997.

La metodología de aplicación de los límites será establecida por la Superintendencia.

No se aceptarán inversiones en valores de corto plazo cuya calificación sea inferior o igual a N-4, para valores de largo plazo inferiores o iguales a BB3, de acuerdo a las categorías establecidas en el capítulo VIII del Decreto Supremo 24469.

Los límites de inversión podrán ser modificados anualmente, siempre que las condiciones del mercado lo permitan o requieran.

La adecuación de inversiones en bienes raíces a la que se refiere el Artículo 35 de la Ley de Seguros, deberá realizarse considerando el 31 de julio de 1998, como fecha inicial para tal propósito. En el caso de las entidades que administren seguros generales, al final del mes dieciocho (18), el total de inversiones en bienes raíces no deberá ser mayor al 40% de todos los recursos de Inversión de la entidad aseguradora, al cumplirse el mes treinta y seis (36), las inversiones en bienes raíces no deberán ser mayores al 35%, en el mes (60) no deberán exceder el 30%.

Para las entidades que administren seguros de personas, al finalizar el mes dieciocho (18), el total de inversiones en bienes raíces no deberá ser mayor al 20% de todos los Recursos de Inversión de la entidad aseguradora, al cumplirse el mes treinta y seis (36), las inversiones en bienes raíces no deberán ser mayores al 15%, en el mes sesenta (60) no deberán exceder el 10%.

ARTÍCULO 18.- INVERSIONES EN EL EXTRANJERO.- De conformidad con el artículo 35 de la Ley de Seguros, el Banco Central de Bolivia, fijará anualmente el límite máximo para inversiones en el extranjero. A los treinta (30) días de promulgado el presente Decreto Supremo, el Directorio del Banco Central de Bolivia mediante Resolución expresa señalará el límite al que le obliga la Ley. Es potestad del CONFIP, el establecer límites dentro de éstos máximos fijados.

Asimismo, el CONFIP establecerá las plazas donde se realizarán las inversiones en el extranjero, sobre la base de la calificación de deuda soberana de cada estado, señalada por las calificadoras de riesgo internacionales.

No podrán realizarse transacciones en plazas de países cuya calificación sea menor a BB2, de acuerdo a la clasificación del Capítulo VIII del Decreto Supremo 24469.

ARTÍCULO 19.- CALIFICACION DE RIESGO.- Los títulos valores que adquieran las entidades aseguradoras deberán contar con calificación de riesgo de conformidad a la Ley del Mercado de Valores y a la Ley de Seguros.

Transitoriamente y mientras no existan entidades calificadoras autorizadas en el país el CONFIP establecerá mecanismos especiales para calificar los valores.

CAPITULO VI

MEDIDAS PRECAUTORIAS

ARTICULO 20.- INTERVENCION, REVOCATORIA DE LICENCIA Y TRASPASO DE CARTERA.- De conformidad al capítulo II título VI de la Ley de Seguros, la Superintendencia podrá disponer la cesión de cartera a otra entidad cuando la misma incurra en situaciones de deficiencia patrimonial no regularizada, o que pongan en grave riesgo al público, su propia estabilidad o viabilidad futura. Asimismo, la Superintendencia podrá determinar la suspensión de coberturas en cualquier modalidad y ramo de seguros.

Las situaciones de grave riesgo serán definidas mediante Resolución emitida por la Superintendencia.

CAPITULO VII

ADECUACION A LA LEY DE SEGUROS

ARTÍCULO 21.- ADECUACION DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y REASEGURADORAS.- Las personas jurídicas, entidades o grupos de personas que asuman riesgos de terceros y otorguen coberturas deberán adecuarse patrimonial, financiera y técnicamente, considerando especialmente, pero no limitativamente, los requerimientos de capital mínimo, márgenes de solvencia y reservas técnicas en el período de un (1) año contado a partir de la vigencia de la Ley de Seguros.

Las personas, entidades o grupos mencionados que al término de dicho año no hubieran adecuado de acuerdo al párrafo anterior, deberán ser liquidadas.

Las entidades que a la fecha de promulgación de la Ley de Seguros se encontraban en deficiencia patrimonial o hubieran sido notificadas por deficiencias técnicas y se hubiera determinado un plazo de adecuación por la Superintendencia, se encuentran obligadas a cumplir con las obligaciones requeridas en el plazo establecido en la notificación.

ARTÍCULO 22.- ADECUACION DE INTERMEDIARIOS Y AUXILIARES DEL SEGURO.- Los intermediarios y auxiliares del seguro existentes a la fecha de la promulgación de la Ley de Seguros deberán adecuarse en un período máximo de un año de acuerdo a resolución emitida por la Superintendencia.

Las personas individuales naturales y jurídicas que se encontraban en proceso de solicitud de conformación como intermediario o auxiliar del seguro a la fecha de promulgación de la Ley de Seguros, deberán adecuarse a las nuevas normas de acuerdo a procedimiento aprobado por la Superintendencia.

CAPITULO VII

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 23.- FINANCIAMIENTO DE LA SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES VALORES Y SEGUROS.- De conformidad al artículo 42 de la Ley de Seguros, las entidades aseguradoras que administran seguros generales y seguros de fianza deberán aportar el dos por ciento (2%) de las primas netas producidas. Asimismo las entidades aseguradoras que administran seguros de accidentes de personas, seguros de salud, y prepago, independientemente de ser entidades aseguradoras de personas o generales, deberán aportar el 2% de las primas netas producidas sobre estos seguros. Los seguros de vida, los seguros previsionales y el SOAT deberán aportar el uno por ciento (1%) de las primas netas producidas.

Los aportes a la Superintendencia se pagarán mensualmente dentro de los primeros quince (15) días hábiles administrativos del siguiente mes.

ARTÍCULO 24.- INFRACCIONES Y SANCIONES.- Las sanciones específicas provenientes de hechos, actos u omisiones realizadas por entidades y personas sujetas a la regulación de la Superintendencia, serán reglamentadas mediante resolución específica emitida por la Superintendencia.

Las infracciones que resulten en multas de conformidad al artículo 52 de la Ley de Seguros deberán ser depositadas en una cuenta del Tesoro Nacional, establecida para éste único propósito. Las sanciones se aplicarán de acuerdo a Resolución emitida por la Superintendencia.

ARTÍCULO 25.- EXENCION TRIBUTARIA.- La exención tributaria señalada en el Artículo 54 de la Ley de Seguros, rige desde el día de la publicación de la Ley de Seguros, sin necesidad de reglamentación específica.

El señor Ministro de Estado en el Despacho de Hacienda, queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente decreto supremo.

Es dado en Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los dieciséis días del mes de octubre de mil novecientos noventa y ocho años.

FDO. HUGO BANZER SUAREZ, Fernando Messmer Trigo, MINISTRO INTERINO DE RR. EE. Y CULTO, Carlos Iturralde Ballivián, Guido Nayar Parada, Fernando Kieffer Guzmán, Herbert Müller Costas, Ana María Cortéz de Soriano, Jorge Pacheco Franco, Tito Hoz de Vila Quiroga, Guillermo Cuentas Yañez, Leopoldo López Cossio, Oswaldo Antezana Vaca Díez, Erick Reyes Villa Bacigalupi, Jorge Crespo Velasco, Amparo Ballivián Valdés.



AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

DECRETO SUPREMO N° 25758

HUGO BANZER SUAREZ
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETO SUPREMO N° 25758

HUGO BANZER SUAREZ
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que la Ley de Seguros N° 1883 de 25 de junio de 1998 establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro, para cuyo efecto regula la actividad aseguradora, para que las entidades que prestan el correspondiente servicio, cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia en un mercado competitivo;

Que la Ley de Reactivación Económica N° 2064 de 3 de abril de 2000, dispone la cesión de cartera de entidades intervenidas para liquidación forzosa a otra entidad o alternativamente la transferencia de la cartera para administración;

Que para lograr los objetivos de la Ley de Seguros, la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros, debe velar por la seguridad, solvencia y liquidez de las entidades aseguradoras con facultades para determinar, en caso necesario, de su intervención para liquidación forzosa disponiendo la cesión de cartera de la entidad;

Que el capítulo II título VI del Decreto Supremo N° 25201 de 16 de octubre de 1998, establece normas sobre medidas precautorias, causales de intervención y traspaso de cartera para los casos de liquidación forzosa;

Que la cesión de cartera tiene por objeto exclusivo el salvaguardar los intereses del asegurado y la cobertura de los siniestros objeto del correspondiente contrato de seguro, evitando que, por efecto de la liquidación forzosa de la entidad aseguradora, la cobertura de siniestros y las obligaciones respecto a los asegurados con contratos de seguro vigentes, queden sin efecto;

Que de acuerdo a la Ley de Seguros, artículo 38°, último párrafo, los asegurados, tomadores de seguros de vida y sus beneficiarios gozan del carácter de acreedores con privilegio, al igual que los empleados respecto a sus beneficios sociales, según lo establece el Código de Comercio;

Que la intervención, liquidación y traspaso de cartera contenidas en la Ley de Seguros, constituye un procedimiento por la vía administrativa el que debe ser realizado en forma transparente y efectiva para mantener la estabilidad del mercado asegurador, protegiendo los derechos de los asegurados y beneficiarios de la

entidad aseguradora en liquidación, así como también los beneficios sociales de los empleados de la misma.

EN CONSEJO DE MINISTROS

DECRETA:

ARTICULO 1.- (CESION DE CARTERA)

- I. La cesión de cartera y de los activos que la respaldan, de una entidad aseguradora intervenida para liquidación forzosa, de acuerdo al artículo 49° de la Ley de Seguros modificado por el artículo 30°, numeral 2 de la Ley de Reactivación Económica N° 2064 de 3 de abril de 2000, comprenderá la cesión de la totalidad de las obligaciones generadas por dicha cartera, así como la transferencia de los valores e inmuebles que la respaldan, de acuerdo a las previsiones de la Ley de Seguros y normas del presente Decreto Supremo.
- II. En caso de existir en la entidad intervenida activos en exceso de los requeridos para respaldar la totalidad de las obligaciones generadas por la cartera, la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros podrá incorporarlos dentro de los activos a ser cedidos a la entidad adjudicataria, para fines de cobertura de otras obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el presente Decreto Supremo.

ARTICULO 2.- (TRANSFERENCIA PARA ADMINISTRACION).- La transferencia en administración de la cartera y de los activos que la respaldan, a otra entidad aseguradora u otra entidad constituida como sociedad accidental, de conformidad a lo previsto en el artículo 49 de la Ley de Seguros Modificado por la Ley N° 2064, podrá ser dispuesta con la totalidad o una parte de los activos y pasivos de la entidad intervenida, en consideración a cada caso, según lo disponga la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros.

ARTICULO 3° (CONTRATO DE CESION).- El interventor de la entidad en proceso de liquidación forzosa, con las atribuciones establecidas en el artículo 49° de la Ley de Seguros, como administrador de la entidad con facultades de liquidación, suscribirá con la entidad adjudicataria, los contratos de cesión de cartera y de los activos que respaldan dicha cartera.

Los actos de cesión de cartera y de los activos que la respaldan, producen plenos efectos de transmisión de obligaciones y derechos, no pudiendo ser oponibles por terceros, ni sujetos a embargos, ni a medidas precautorias por ningún concepto.

ARTICULO 4 (CONTRATO DE ADMINISTRACION).- El contrato de administración de activos y pasivos de la entidad intervenida, deberá establecer un plazo

a ser determinado por la Superintendencia, el que no podrá ser mayor a treinta (30) meses, estipulándose, además, la retribución mediante comisiones fijas, de éxito o una combinación de ambas, con recursos generados de su administración.

El plazo original del contrato podrá ser ampliado por acuerdo entre las partes.

En el contrato de administración, si este fuese suscrito con una entidad aseguradora que cubra riesgos en igual modalidad que la compañía intervenida, se podrá pactar a favor de dicha entidad, la opción de compra sujeta a condición, de la cartera en administración, incluyendo las reservas técnicas y activos que la respalden, para cuyo efecto, en el referido contrato se deberá estipular el valor referencial de la transacción y otras condiciones.

La entidad administradora, ya sea ésta una entidad aseguradora o una sociedad accidental, no asumirá riesgos sobre la cartera administrada. En caso de que la administradora sea una entidad aseguradora, la contabilidad será llevada en forma independiente a la de su propia cartera.

El contrato de administración deberá ser suscrito entre el interventor y la entidad administradora, previa aprobación de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros.

El procedimiento de contratación de la entidad administradora de la cartera, será por invitación directa. La entidad administradora tendrá facultades para recomprar pólizas, vender activos mediante procedimientos de mercado, cubrir pasivos respaldados por los activos bajo administración, atender procesos judiciales como demandante y demandado, así como otras facultades de representación y mandato.

Al vencimiento del contrato de administración, y siempre que en éste no se hubiese estipulado opción de compra, o la misma no se hubiese ejercido, el Superintendente, podrá invitar a las entidades aseguradoras a presentar propuesta para fines de cesión de la cartera residual y de los activos, en los términos y condiciones dispuestos para el efecto en el presente Decreto Supremo.

ARTICULO 5.- (PROCEDIMIENTO).

- I. La cesión de cartera y de los activos que la respaldan se efectuará con una entidad aseguradora, mediante invitación directa con exclusión de cualquier otro procedimiento, por tratarse de activos y pasivos de una entidad de derecho privado y para asegurar la continuidad de los seguros contratados en la entidad objeto de liquidación, protegiendo los derechos de los asegurados y beneficiarios.

- II. La invitación deberá ser realizada por escrito a todas las entidades aseguradoras no observadas por la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros, que operen en igual modalidad que la entidad sujeta a intervención, para cuyo efecto el Superintendente de Pensiones, Valores y Seguros junto a la invitación, deberá proporcionar información suficiente para que las entidades aseguradoras invitadas conozcan la situación de la cartera objeto de cesión y de los activos que la respaldan.
- III. La Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros emitirá un pliego de especificaciones que normará la invitación la información económica y financiera de la entidad intervenida, así como los términos condiciones y procedimiento a los que deberán sujetarse obligatoriamente los proponentes. Dicho pliego, para fines de la adjudicación efectiva, deberá establecer las condiciones económicas mínimas que garanticen que los activos disponibles cubrirán al menos lo siguiente.
- a) La totalidad de las obligaciones generadas por la cartera.
 - b) El pago de beneficios sociales y sueldos devengados, calculados al momento de la adjudicación que se encuentren consignados en la correspondiente planilla, debidamente registrada en el Ministerio de Trabajo o el derecho al pago de beneficios sociales reconocido mediante sentencia ejecutoriada dictada por Juez competente.
- IV. Realizada la propuesta económica, las consecuencias económicas y legales de la misma serán de responsabilidad plena y exclusiva de la empresa proponente, sin responsabilidad por parte de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros, sus funcionarios o el interventor de la entidad intervenida.

ARTICULO 6.- (PRELACION)

- I. El pago de beneficios sociales con los recursos expresados en la forma y disponibilidad que corresponda, será efectuado por el Interventor. Alternativamente, éstos podrán ser pagados directamente por la entidad que adquiera por cesión o administre la cartera, en todo caso por cuenta de la entidad intervenida, sin que ello constituya subrogación. La situación generada en esta última alternativa, deberá estar expresamente mencionada en la propuesta de la entidad adjudicataria o administradora.
- II. Las formas de pago y disponibilidad de los recursos para la cobertura de los beneficios sociales así como sus alternativas, estarán señaladas en el pliego de especificaciones. Los pagos mencionados se realizarán de acuerdo a lo estipulado en la propuesta que resulte ganadora, en cuanto a las formas de pago y disponibilidad de recursos.
- III. En caso de existir activos remanentes en efectivo, una vez cubiertos los sueldos impagos y los beneficios sociales. seguirá en prelación, el cumpli-

miento de obligaciones con el seguro social obligatorio y, si hubiese otras acreencias fiscales.

ARTICULO 7.- (REMISION AL JUEZ) En caso de que el Superintendente no opte por la modalidad señalada en el artículo 2° supra, o en caso de que no se presenten interesados, o las propuestas por efectos de la invitación a la que se refiere el artículo 5° del presente Decreto Supremo no sean suficientes para cubrir como mínimo tanto las obligaciones de la cartera como los beneficios sociales, sueldos y salarios devengados, o cubiertos éstos y agotados los activos en efectivo mencionados en el artículo precedente existan otras acreencias, el Superintendente de Pensiones Valores y Seguros, podrá remitir al Juez de Partido los activos y pasivos de la entidad intervenida, sea en su totalidad o remanentes, según corresponda, para la tramitación del reconocimiento de créditos, la dictación de sentencia de grados y preferidos realización de bienes y enajenación de los mismos y distribución de la masa de bienes, aplicando para el efecto, en lo conducente, el procedimiento que determina la Sección I, Capítulo IV Título II Libro Cuarto del Código de Comercio.

ARTICULO 8.- (PLAZO POR INCUMPLIMIENTO).- Cuando la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros establezca el incumplimiento de las obligaciones de las entidades aseguradoras y reaseguradoras citadas en el artículo 12° de la Ley de Seguros, otorgará a la entidad aseguradora o reaseguradora que incurra en incumplimiento, un plazo de acuerdo a la reglamentación de la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros para enmendar dicho incumplimiento.

En caso expreso del incumplimiento señalado en el artículo 12°, inciso e) de la Ley de Seguros, el plazo que se otorgue para efectos de su enmienda, no podrá exceder los noventa (90) días calendario a partir del momento en que se establezca dicho incumplimiento.

Si en el plazo normado no se realizara la enmienda a efectos de cumplir con cualesquiera de las obligaciones contempladas en el mencionado artículo 12° la Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros, declarará el incumplimiento insubsanable, aplicando en consecuencia el artículo 48°, inciso a) de la Ley de Seguros.

ARTICULO 9.- (REGLAMENTACION) La Superintendencia de Pensiones Valores y Seguros, mediante Resolución Administrativa reglamentara en lo pertinente, el presente Decreto Supremo.

Quedan derogadas todas las disposiciones contrarias al presente Decreto Supremo.

El señor Ministro de Estado en el Despacho de Hacienda queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veintisiete días del mes de abril del año dos mil.

FDO. HUGO BANZER SUAREZ, Javier Murillo de la Rocha, Walter Guiteras Denis, Guillermo Fortún Suárez, Oscar Vargas Lorenzetti, Ronald Mac Lean Abaroa, Juan Antonio Chahin Lupo, José Luis Lupo Flores, Tito Hoz de Vila Quiroga, Guillermo Cuentas Yañez, Luis Vásquez Villamor, Oswaldo Antezana Vaca Díez, José Luis Carvajal Palma, Carlos Saavedra Bruno, Rubén Poma Rojas, Manfredo Kempff Suárez.



DECRETO SUPREMO N° 27295

CARLOS D. MESA GISBERT
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

DECRETO SUPREMO N° 27295

CARLOS D. MESA GISBERT
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 1883 de Seguros en su Artículo 36 dispone que los seguros obligatorios sólo pueden ser establecidos por Ley y que deberán ser administrados separadamente de los otros seguros que administre la entidad aseguradora, sus pólizas deberán ser uniformes y deberán ser autorizadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

(Modificado por Disposición Final Única del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

Que la Ley N° 1883 de Seguros de 25 de junio de 1998, en su Título IV establece la vigencia de los Seguros Obligatorios, creando el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

Que el Artículo 37 de la mencionada Ley de Seguros establece la obligatoriedad para que todo propietario de vehículo automotor en el territorio de la República de Bolivia cuente con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y que dicho seguro será indisputable, de beneficio uniforme, irreversible y su acción será directa en el territorio de la República; y, que el capital asegurado máximo para las eventualidades de muerte, incapacidad total permanente y gastos médicos es de dos mil trescientos (2300) Derechos Especiales de Giro por persona afectada por cada evento y sin que exista límite de personas cubiertas por el mismo.

Que es necesario reglamentar, en sujeción a la finalidad que persigue el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, el Artículo 37 de la Ley N° 1883 de Seguros y a este efecto es necesario emitir un único Reglamento del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

EN CONSEJO DE GABINETE,

D E C R E T A:

CAPITULO I
OBJETO Y DEFINICIONES

ARTÍCULO 1.- (OBJETO). El objeto del presente Decreto Supremo es reglamentar el Artículo 37 de la Ley N° 1883 de Seguros, como reglamento único del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito se registrará por la Ley de Seguros N° 1883, el presente Decreto Supremo y las Resoluciones Administrativas que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS emita para el efecto.

(Modificado por Disposición Final Única del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 2.- (ALCANCE DE LA COBERTURA). El SOAT tiene como objetivo, otorgar una cobertura uniforme y única de gastos médicos por accidentes y la indemnización por muerte o incapacidad total permanente a cualquier persona individual que sufra un accidente provocado por vehículo automotor.

El SOAT es indisputable, de beneficio uniforme, irreversible y su acción será directa e inmediata contra la entidad aseguradora.

ARTÍCULO 3.- (DEFINICIONES). Se establecen las siguientes definiciones, para efectos del presente Reglamento, con carácter descriptivo y no limitativo.

ACCIDENTADO.- Es la persona fallecida o lesionada a causa de un accidente de tránsito provocado por un vehículo motorizado. El accidentado puede ser el conductor, los ocupantes del vehículo y/o los peatones.

ACCIDENTE DE TRÁNSITO.- Para los fines del SOAT, es el evento súbito, imprevisto, ajeno a la voluntad de las personas intervinientes, en el que intervienen uno o más vehículos motorizados, que se produce en vía pública, área de libre circulación vehicular o en otras áreas, pero, provocado por uno o más vehículos motorizados que estaban circulando por vía pública, que provoca el fallecimiento o lesiones corporales de una o más personas.

APS.- Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.

(Modificado por Disposición Final Única del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.- La incapacidad total y definitiva del accidentado a causa de un accidente de tránsito, que no le permite efectuar un trabajo razonablemente remunerado, cuya calificación de invalidez dictaminada por un médico habilitado por la APS, supera el 60% de acuerdo al Manual de Calificación utilizado en los seguros colectivos del Seguro Social Obligatorio.

CENTRO MEDICO.- Todo establecimiento público o privado, legalmente autorizado, para tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas.

CERTIFICADO DE ACCIDENTE: La Unidad Operativa de Tránsito emitirá un Certificado de Accidente, que señale lugar, fecha y hora del accidente, identifique al vehículo o vehículos involucrados, los conductores si éstos fueran identificados, número de licencia, vigencia y resultado del test de alcoholemia cuando corresponda. Este certificado deberá ser emitido en el plazo máximo de 48 horas de conocido el accidente.

Este Certificado de Accidente, emitido por el Organismo Operativo de Tránsito, deberá ser único y homogéneo a nivel nacional.

(Incorporado mediante Parágrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 27900 de 10/12/2004)

DERECHOHABIENTES.- Son las personas que reciben la indemnización del SOAT emergentes de la muerte del accidentado.

ENTIDAD ASEGURADORA HABILITADA PARA EL SOAT.- Es la Entidad Pública de Seguros, establecida legalmente en el país, que se encuentre habilitada para comercializar el SOAT por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.

(Modificado mediante Parágrafo I del Artículo 2 y Disposición Final Única del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

FONDO DE INDEMNIZACIONES SOAT – FISO.- Es el fondo conformado obligatoriamente por las entidades aseguradoras que operan con SOAT, cuya organización y administración queda sujeta al acuerdo mutuo de los participantes. Está destinado a pagar los siniestros producidos por los vehículos no identificados, por lo que ninguna entidad aseguradora podrá ofertar SOAT sino está previamente adscrito al FISO.

INDEMNIZACIÓN: Resarcimiento de daños y gastos ocasionados por cualquier accidente de tránsito protagonizado por vehículos automotores.

LEY DE SEGUROS.- Ley N° 1883 de 25 de junio de 1998.

PÓLIZA ÚNICA DEL SOAT.- Es el contrato de texto único registrado en la APS, al cual se adhieren la Entidad Pública de Seguros y otras Entidades Aseguradoras que eventualmente y bajo acuerdos con la primera comercialicen el SOAT, así como también los propietarios de vehículos y los beneficiarios o derechohabientes del SOAT.

(Modificado mediante Parágrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ROSETA SOAT.- Es la etiqueta adhesiva que podrá incluir dispositivos electrónicos de registro y lectura de datos que permitan la comercialización y control del SOAT por medios electrónicos, bajo especificaciones técnicas y de seguridad que establezca la APS. Cuando no sea posible el uso de la etiqueta adhesiva, deberá preverse otro medio alternativo, autorizado por la APS, que representará al SOAT. *(Modificado mediante Parágrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)*

SOAT.- Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

VEHÍCULO MOTORIZADO.- Es aquel vehículo que está destinado a desplazarse en el medio terrestre, con propulsión propia y está destinado al transporte o traslado de personas u objetos.

CAPITULO II

OBLIGATORIEDAD, EXENCIONES Y EXCLUSIONES

ARTÍCULO 4.- (OBLIGATORIEDAD). Todo vehículo motorizado, público y particular, para transitar por las vías públicas del territorio nacional, debe estar asegurado contra el riesgo de accidentes de tránsito a que se refiere la Ley de Seguros en su Artículo 37 y el presente Reglamento.

Quedan incluidos en la obligatoriedad de adquirir este seguro:

- a. Los vehículos oficiales de los poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial. Así como de los Gobiernos Municipales, Cortes Electorales y otras entidades públicas del poder central, descentralizadas, autónomas, autárquicas y empresas en las que exista participación estatal.
- b. Vehículos de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.
- c. Motocicletas y cuadratrakcs.
- d. Vehículos de la Cruz Roja, organizaciones similares, fundaciones o cualquier otra Organización No Gubernamental.
- e. Los vehículos diplomáticos o vehículos de organizaciones diplomáticas. Sin embargo, al ser el SOAT un seguro mínimo su contratación no los libera de otras obligaciones relativas a seguros, que tengan que cumplir con relación a convenios internacionales.

ARTÍCULO 5.- (EXENCIONES). Quedan exentos de contratar el SOAT los siguientes vehículos:

- a. Los con matrícula extranjera que ingresen provisoria o temporalmente al país, por un período máximo de 30 días.

- b. Los portadores de armas de artillería pesada o liviana de las Fuerzas Armadas de la Nación.

Sin embargo, en caso de que los vehículos mencionados en el presente Artículo, ocasionen accidentes de tránsito, las personas que resulten civil o penalmente responsables de los mismos, indemnizarán lo establecido por el SOAT.

ARTÍCULO 6.- (EXCLUSIÓN DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS). No se consideran vehículos motorizados para efectos del SOAT:

- a. Los que circulan sobre rieles.
- b. Los utilizados exclusivamente dentro de los límites de playas ferroviarias, de una fábrica o en el interior de cualquier predio cerrado, al cual no tenga acceso libre el público.
- c. Los tractores y otras maquinarias agrícolas, industriales, mineras o de construcción, dedicadas a las tareas de su uso exclusivo, siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos.
- d. Los vehículos con tracción animal.
- e. Los remolques, acoplados, casas rodantes u otros similares, siempre y cuando no se encuentren acoplados al vehículo motorizado ni parqueados en vía pública.
- f. Las bicicletas.

Sin embargo, en caso de que los vehículos mencionados en los incisos b), c) y f) del presente Artículo, estén circulando por vía pública y ocasionen accidentes de tránsito, las personas que resulten civil o penalmente responsables de los mismos, indemnizarán lo establecido por el SOAT.

CAPITULO III

PERSONAS OBLIGADAS Y VIGENCIA DEL SEGURO

ARTÍCULO 7.- (PERSONAS OBLIGADAS). Deben contratar el SOAT:

- a. Las personas naturales o jurídicas propietarias de vehículos motorizados que tengan su derecho propietario debidamente inscrito en el Registro Único de Automotores.
- b. Las personas naturales o jurídicas que estén en posesión de vehículos motorizados producto de la compraventa no registrada, donación, sucesión hereditaria, adjudicación judicial, pendientes de trámite en el registro pertinente. Esta disposición no acredita que el poseedor tiene el derecho propietario sobre el vehículo.

ARTÍCULO 8.- (VIGENCIA DE LA PÓLIZA SOAT). La Póliza única del SOAT, tendrá un período de vigencia de un año calendario. Las fechas de inicio y finalización de este período, cada año, serán las mismas para todos los contratantes del SOAT.

ARTÍCULO 9.- (CONTRATACIÓN DEL SEGURO). El SOAT, será administrado y comercializado por la Entidad Pública de Seguros, de acuerdo a disposición regulatoria emitida por la APS.

La Entidad Pública de Seguros podrá comercializar el SOAT con otras Entidades Aseguradoras, cediendo el riesgo bajo la modalidad de coaseguro, reaseguro y/o cualquier otra forma legal permitida, y asumiendo el control pleno de todo el proceso.

La fecha de inicio del SOAT, corresponde al inicio del período de vigencia de la Póliza Única del SOAT, descrita en el Artículo 8 del presente Reglamento. Después de esa fecha, sólo podrán contratar el SOAT, exentos de sanciones los propietarios de vehículos recién importados, los vehículos que salgan del taller de carrozado o de reconstrucción por accidente y que entren en circulación en vía pública en fecha posterior, pagando la alicuota de la prima relativa a los meses restantes.

El SOAT podrá ser comercializado a través de medios electrónicos, utilizando documentos y firmas digitales, los cuales, para que tengan validez jurídica y probatoria, y produzcan todos los efectos previstos por el ordenamiento jurídico, deberán cumplir los requisitos establecidos en la Ley General de Telecomunicaciones, Tecnologías de Información y Comunicación.

Es responsabilidad directa de la Entidad Aseguradora, en la contratación del SOAT, la adopción de medidas necesarias para la adecuada suscripción del riesgo.

(Modificado mediante Parágrafo III del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 10.- (RENOVACIÓN DE PÓLIZA Y PLAZO PARA INICIAR OFERTA DEL SOAT). Antes de la finalización del período anual de vigencia de la Póliza Única del SOAT, todo propietario de vehículo automotor deberá renovar su Póliza, a fin de contar con la cobertura del SOAT de forma continua e ininterrumpida. Con este propósito las entidades aseguradoras deben ofertar la cobertura con al menos quince días de anticipación a la finalización de cada período anual.

ARTÍCULO 11.- (CLASIFICACIÓN DE RIESGO). A los efectos de la contratación del SOAT y en función del riesgo al que están sometidos ciertos vehículos, se distinguen:

- a. Vehículos particulares, son aquellos que no prestan servicio remunerado al público.
- b. Vehículos de servicio público, son aquellos que prestan servicio remunerado a la sociedad.

(Modificado mediante Parágrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 29084 de 28/03/2007, a su vez modificado por Artículo Único del Decreto Supremo N° 29347 de 12/12/2007))

ARTÍCULO 12.- (TRANSFERENCIA DE VEHÍCULOS). En la transferencia del derecho de propiedad de un vehículo, dentro de la vigencia del contrato SOAT, la cobertura del seguro se mantiene, ya que es el vehículo el objeto asegurado.

ARTÍCULO 13.- (COMPATIBILIDAD CON OTROS SEGUROS). El SOAT será compatible con cualquier otro seguro, ya sea voluntario u obligatorio que cubra a personas en relación con accidentes, independientemente del origen o naturaleza del evento cubierto por el seguro. La cobertura de seguros voluntarios se aplicará en exceso de los límites establecidos por el SOAT. El incumplimiento en la contratación del SOAT, no libera a la entidad aseguradora de la responsabilidad asumida a través de la suscripción de otros seguros voluntarios.

CAPITULO IV PÓLIZA ÚNICA Y DOCUMENTOS QUE LA CERTIFICAN

ARTÍCULO 14.- (PÓLIZA ÚNICA DEL SOAT). La Póliza SOAT será única y estará registrada en la APS. La Póliza Única del SOAT cubre los gastos médicos, incapacidad total permanente y/o muerte, emergentes de accidentes de tránsito en el que intervengan vehículos asegurados o vehículos no identificados.

(Modificado mediante Parágrafo IV del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 15.- (DOCUMENTOS QUE CERTIFICAN EL SOAT).

(Derogado expresamente mediante Disposición Abrogatoria I del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 16.- (CERTIFICADO SOAT).

(Derogado expresamente mediante Disposición Abrogatoria I del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 17.- (ROSETA SOAT). El SOAT será representado y controlado a través de una etiqueta adhesiva que podrá incluir dispositivos electrónicos de registro y lectura de datos que permitan la comercialización y control del SOAT por medios electrónicos, bajo especificaciones técnicas y de seguridad que establezca

la APS. Cuando no sea posible el uso de la etiqueta adhesiva, deberá preverse otro medio alternativo, autorizado por la APS, que representará al SOAT.

La entrega de la roseta a los asegurados se encuentra a cargo de la Entidad Pública de Seguros. Cuando la comercialización del SOAT sea efectuada por la Entidad Pública de Seguros con la participación de otras Entidades Aseguradoras estas también podrán encargarse de la entrega de la roseta, sujeto a los términos y condiciones que establezca la Entidad Pública de Seguros.

La Entidad Pública de Seguros, deberá establecer mecanismos de verificación de la vigencia del SOAT, la ausencia de la roseta en el momento del accidente no liberará de responsabilidad a la misma.

(Modificado mediante Parágrafo V del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

CAPITULO V

CONDICIONES PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO

ARTÍCULO 18.- (AVISO DEL SINIESTRO). Los involucrados en cualquier accidente de tránsito o las personas que tengan interés legítimo, dentro los quince (15) días de tener conocimiento del siniestro, deben comunicar tal hecho al asegurador, salvo situaciones de fuerza mayor o impedimento debidamente justificado.

ARTÍCULO 19.- (OBTENCIÓN DEL BENEFICIO). Producido el accidente de tránsito e identificado el vehículo, las personas lesionadas o los derechohabientes de las personas fallecidas, tienen derecho a cobrar la indemnización proveniente del SOAT, siendo improcedente, cualquier excepción que la entidad aseguradora pueda alegar contra el asegurado, excepto las causales únicas de exclusión de cobertura contenidas en el Artículo 32 del presente reglamento.

Para solicitar el beneficio se deberá hacer la denuncia a la entidad aseguradora en el plazo señalado en el Artículo 18 precedente y el beneficiario o derechohabientes deberán presentar la documentación prevista en el Artículo 29 tan pronto como esta se encuentre disponible no existiendo plazo establecido para el efecto.

Por otra parte, el hecho imputable al conductor, no es oponible a los pasajeros ni peatones afectados.

En caso de no identificarse al vehículo que ocasionó el accidente se procederá de acuerdo a lo previsto en el Capítulo XI, del presente reglamento.

ARTÍCULO 20.- (PLAZO PARA INDEMNIZAR). Las entidades aseguradoras pagarán las indemnizaciones dentro de los quince (15) días hábiles a partir de la presentación de los documentos requeridos en el Artículo 29 del presente reglamento, para cada caso. De no procederse al pago en el plazo señalado la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS aplicará las sanciones que correspondan, según lo previsto en el Artículo 36 del presente Decreto Supremo, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 1883 y en los reglamentos.

(Modificado por Disposición Final Única del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

El mismo plazo regirá para el pago de la indemnización por parte del FISO.

ARTÍCULO 21.- (VEHÍCULOS MÚLTIPLES). En los accidentes de tránsito en que intervengan dos o más vehículos, cada entidad aseguradora será responsable de las indemnizaciones correspondientes a las personas transportadas en el vehículo asegurado por ella.

Si resultaren peatones accidentados, las entidades aseguradoras de los vehículos involucrados en el hecho serán responsables mancomunada y solidariamente de las indemnizaciones previstas en el SOAT. Las indemnizaciones serán pagadas por las entidades aseguradoras involucradas, en el plazo señalado en el Artículo 20 del presente Decreto Supremo y en proporciones iguales de no existir acuerdo entre aseguradoras. La conciliación entre compañías aseguradoras procederá una vez determinado el grado de participación de los vehículos.

En caso de que un accidente de tránsito involucre una bicicleta, la víctima será indemnizada por la entidad aseguradora del vehículo asegurado con SOAT; si el causante no posee el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, éste será responsable directo.

(Modificado mediante Parágrafo II del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 29084 de 28/03/2007)

ARTÍCULO 22.- (DERECHO DE REPETICIÓN). Ocurrido el accidente de tránsito, la entidad aseguradora pagará las indemnizaciones por riesgos cubiertos por el SOAT y tendrá el derecho de repetir contra el conductor o el que sea civil y penalmente responsable del accidente, una vez que la autoridad judicial correspondiente hubiere comprobado que se encontraba en alguna de las siguientes circunstancias:

- En estado de ebriedad de acuerdo al grado de alcoholemia, conforme señala la norma dictada por el Organismo Operativo de Tránsito en concordancia con normas internacionales sobre alcoholemia.
- Bajo el efecto de drogas, narcóticos u otros alucinógenos.

- c. Cuando no demuestre tener licencia o brevet vigentes, expedido por autoridad competente.
- d. Cuando la declaración sobre el uso del vehículo para la adquisición del SOAT sea falsa.

(Modificado mediante Parágrafo VI del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

- e. Cuando el conductor sea menor de dieciocho (18) años de edad, en el marco de lo señalado en el Código de Tránsito.

Tanto las entidades aseguradoras como el FISO podrán iniciar las acciones legales pertinentes, sobre la base de un principio de prueba, dentro de los plazos establecidos por materia a partir de ocurrido el siniestro, contra el o los conductores involucrados en el accidente.

Cuando se evidencie que el conductor tiene licencia de conducir en pleno proceso de renovación, no procederá el Derecho de Repetición.

Es requisito indispensable para ejercer el derecho de repetición haber cancelado previamente todos los costos del siniestro, inclusive en el caso de la personas sobre quien se efectuará la acción de repetición cuando sea por gastos médicos y/o exclusivamente gastos funerarios.

CAPITULO VI

COBERTURA E INDEMNIZACIONES

ARTÍCULO 23.- (COBERTURA). El SOAT cubre los riesgos de muerte y lesiones corporales que sufran las personas como consecuencia de accidentes de tránsito en que intervengan el vehículo asegurado y sus remolques.

ARTÍCULO 24.- (CAPITAL ASEGURADO). La Entidad Pública de Seguros y todas las entidades aseguradoras que acepten el riesgo cedido y/o compartido del SOAT en el mercado nacional, deberán garantizar las siguientes prestaciones, por personas afectadas por cada evento, de acuerdo a los siguientes conceptos de cobertura y montos de indemnización:

- a) Por concepto de gastos médicos hasta el monto de Bs24.000,00 (VEINTI-CUATRO MIL 00/100 BOLIVIANOS);
- b) En caso de eventualidades de incapacidad total permanente y/o muerte, una indemnización de Bs22.000,00 (VEINTIDÓS MIL 00/100 BOLIVIANOS).

La Entidad Pública de Seguros y las Entidades Aseguradoras que acepten el riesgo, cuando dicha participación de manera temporal la hubiere previsto la Entidad

Pública de Seguros, quedan obligadas a informar por escrito al accidentado, su apoderado, beneficiarios o derechohabientes que requieran conocer el monto del capital asegurado utilizado y el saldo remanente, en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas corridas desde la disponibilidad de la información. El incumplimiento, será pasible a sanción por parte de la APS.

(Incorporado mediante Parágrafo III del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 29084 de 28/03/2007)

(Artículo modificado mediante Parágrafo VII del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 25.- (PROCEDENCIA DE ACUMULACIÓN DEL CAPITAL). Las indemnizaciones por muerte y/o incapacidad total permanente y gastos médicos son acumulables. Los gastos de transporte, identificación, hospitalización, gastos funerarios y otros relacionados con la atención del accidentado serán cubiertos como parte de las indemnizaciones descritas en el Artículo anterior.

Si liquidados los gastos médicos el herido falleciere o quedare totalmente incapacitado a consecuencia del mismo accidente, la entidad aseguradora liquidará la indemnización por muerte o incapacidad total permanente sin deducción alguna de los gastos médicos. Estos gastos serán debidamente documentados y calculados en función a lo dispuesto por el Artículo 41 del presente Reglamento.

(Modificado mediante Parágrafo VIII del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 26.- (CALIFICACIÓN DE GRADO DE INVALIDEZ). Cuando el asegurado o su representante legal soliciten la calificación de grado de la invalidez a la Entidad Encargada de Calificar creada mediante Decreto Supremo N° 27824 de 3 de noviembre de 2004, la entidad aseguradora queda obligada a requerir la señalada calificación en los términos establecidos en el presente Artículo, debiendo financiar su costo con recursos del capital mínimo asegurado, remanente del accidentado. Sólo en caso de no existir remanente suficiente, la entidad aseguradora queda liberada de esta obligación.

La Entidad Encargada de Calificar – EEC, a los efectos de la indemnización por Incapacidad Total permanente del SOAT, emitirá el Dictamen de Calificación de Grado de Invalidez dentro los cuarenta y cinco (45) días calendario de presentada la solicitud de calificación, de conformidad al Manual de Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez – MANECGI, del Manual Único de Calificación, aprobado por Decreto Supremo N° 25174 de 15 de septiembre de 1998 y normas conexas. El costo de la calificación no podrá exceder de treinta y cinco (35) Derechos Especiales de Giro – DEG.

La Entidad Encargada de Calificar deberá notificar con el Dictamen de Calificación de Grado de Invalidez a la entidad aseguradora y al accidentado, en un plazo no mayor a los cinco (5) días calendario de emitido el Dictamen señalado. Los plazos de emisión y notificación del Dictamen de Calificación correrán a partir de que la EEC cuente con toda la información sobre el accidentado.

Contra el Dictamen de Calificación procederá el recurso de Revisión que se formulará ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación con el Dictamen de Calificación.

La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, emitirá la Resolución Administrativa correspondiente al recurso de Revisión, señalado en el Párrafo precedente, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario desde la presentación de la solicitud. Frente a esta Resolución procederá el Recurso de Revocatoria y el Recurso Jerárquico cuando corresponda, bajo el procedimiento dispuesto por las Normas de Regulación Financiera.

Queda establecido que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, solamente emitirá criterio en instancia de revisión sobre aspectos técnico – médicos del Dictamen de invalidez, mediante Resolución Expresa.

El Centro Médico que atienda a accidentados del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT y que proporcione información inconsistente o tergiversada, será pasible a la acción legal que corresponda, de acuerdo a reglamento de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.

(Artículo modificado mediante Parágrafo IV del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 29084 de 28/03/2007 y Disposición Final Única del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 27.- (DERECHO A EXAMEN DEL ACCIDENTADO). La entidad aseguradora tendrá derecho a que un médico contratado por su cuenta examine a la persona lesionada o fallecida, con el objeto de establecer el origen de las lesiones o muerte, o la naturaleza y la gravedad de las lesiones.

En caso de negativa expresa de la persona lesionada a someterse a dicho examen o de los Derechohabientes de la persona fallecida, el asegurador quedará liberado de pagar la correspondiente indemnización.

Los informes y dictámenes del médico contratado por la entidad aseguradora son de su exclusiva responsabilidad y conforman la prueba preconstituida necesaria para instaurar procesos civiles, penales o administrativos, que correspondieren en caso de dolo, culpa o determinación interesada en perjuicio de terceros.

ARTÍCULO 28.- (PAGO DE INDEMNIZACIONES). La entidad aseguradora por concepto del SOAT pagará las siguientes indemnizaciones:

- a. Gastos Médicos: el pago se realizará en forma directa al Centro Médico que acredite haber prestado dichos servicios a la víctima, sin embargo, en caso de que el asegurado o cualquier persona relacionada con los heridos efectuase el pago por fuerza mayor, la entidad aseguradora debe rembolsar dichos gastos. El monto de estos gastos se determinará en base a lo dispuesto por el Artículo 41 del presente reglamento.

(Modificado mediante Parágrafo V del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 29084 de 28/03/2007)

- b. Incapacidad Total: la indemnización se pagará directamente al damnificado o a su representante, en los límites establecidos en el Artículo 24 del presente cuerpo normativo.
- c. Muerte: se indemnizará a los Derechohabientes del damnificado en el orden y prelación dispuestos por el Código Civil para sucesores a título universal debidamente declarados en sentencia judicial y cuyo monto se ajustará a los límites dispuestos por el Artículo 24 del presente reglamento.

ARTÍCULO 29.- (DOCUMENTOS NECESARIOS). Para que proceda el pago de la indemnización, el damnificado o los Derechohabientes, cuando corresponda, deberán presentar únicamente la siguiente documentación:

- a. Para el caso de accidentes con muerte:
 - Documento que identifique al fallecido.
 - Certificado del accidente emitido por el Organismo Operativo de Tránsito.
 - Certificado del médico forense.
 - Declaratoria de Herederos.

El certificado del médico forense podrá ser reemplazado por un certificado médico, cuando exista impedimento justificado o causales de fuerza mayor.

- b. Para el caso de accidentes con heridos
 - Documento que identifique al accidentado.
 - Certificado del accidente emitido por el Organismo Operativo de Tránsito.
 - Certificado médico.
 - Declaración de invalidez total y permanente cuando corresponda.
 - Facturas o recibos.

El Certificado Médico podrá ser reemplazado por un Informe Médico, el cual tendrá los mismos efectos legales correspondientes.

(Incorporado mediante Parágrafo II del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 27900 de 10/12/2004)

ARTÍCULO 30.- (DEPÓSITO JUDICIAL). En caso de conflicto de intereses entre los Derechohabientes por los beneficios emergentes de la muerte del accidentado, la entidad aseguradora hará un depósito judicial en un Juzgado de Partido en lo Civil de Turno, en el mismo plazo determinado por el Artículo 20 a partir de la evidencia de dos o más reclamos por la indemnización que genere un conflicto de intereses ante la entidad aseguradora o el FISO.

Asimismo, la compañía podrá efectuar el depósito judicial en el plazo señalado, cuando en el procedimiento de pago se presenten problemas de orden legal que pudieran generar controversias judiciales.

ARTÍCULO 31.- (IDENTIFICACIÓN DEL CADÁVER). De producirse un accidente de tránsito, en el que se produzca la muerte de una persona y ésta no sea identificada o no sea reclamado el cadáver por sus derechohabientes, procederá la autopsia.

Cuando se produzca, a causa de un accidente de tránsito, la muerte de una persona y ésta no sea identificada o no sea reclamado el cadáver por sus derechohabientes, se aplicará, además de lo precedentemente señalado, el siguiente procedimiento:

- a. Cuando el cadáver pueda ser identificado mediante documentos que se encuentren en el mismo, y el o los vehículos involucrados en el accidente sean conocidos, la entidad aseguradora correrá con los gastos de comunicación a los derechohabientes, o en su caso pagará los gastos de publicación en un periódico de circulación nacional por dos (2) días continuos, con los datos y características del occiso.

Si pasados los dos días de la presencia del cadáver en la morgue, los parientes del fallecido no se hubieran presentado, se procederá al entierro del mismo en nicho individual. Todos los gastos de este procedimiento serán pagados por la entidad aseguradora. Si posteriormente aparecieren los beneficiarios, estos gastos, así como los de publicación, serán deducidos de la indemnización total.

- b. Cuando el cadáver no sea identificado y se conozcan el o los vehículos involucrados, se procederá a la formalización del occiso (o conservación por otros métodos), manteniéndolo en la morgue por treinta (30) días calendario. Dentro este período la entidad aseguradora publicará las características que hagan identificable al occiso, en un periódico de circulación nacional, durante tres (3) días.

En caso de que el cadáver no sea identificado en el periodo de treinta (30) días, se procederá a su entierro en fosa común, con orden fiscal. En caso de que el occiso sea identificado y se presenten sus beneficiarios, antes de un año de haber sido enterrado, se podrá desenterrar el cadáver. La entidad aseguradora correrá con todos los gastos que demanden dichos procedimientos y en caso de ameritar el pago de beneficios se descontarán los gastos realizados.

- c. Cuando el cadáver no sea identificado y tampoco se identifique al o a los vehículos involucrados en el accidente de tránsito, se seguirá el mismo procedimiento descrito en el inciso a) ó b) del presente Artículo, según corresponda. Sin embargo, en este caso los gastos de los procedimientos así como la indemnización a los beneficiarios, cuando corresponda, serán cancelados por el Fondo de Indemnizaciones SOAT – FISO.

ARTÍCULO 32.- (EXCLUSIONES DE COBERTURA). Quedan excluidos de la cobertura del SOAT, los casos de muerte o lesiones corporales ocurridos en las siguientes circunstancias:

- a. Competencias de automóviles u otros vehículos motorizados.
- b. Los accidentes de tránsito ocurridos fuera del territorio nacional.
- c. Los accidentes de tránsito ocurridos en áreas que no fueren de libre acceso al público, provocados por vehículos que estuvieren circulando dentro de esas áreas, exceptuando las terminales de carga y pasajeros autorizadas y habitualmente utilizadas para este efecto, incluyendo los parqueos públicos.

(Modificado mediante Parágrafo III del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 27900 de 10/12/2004)

- d. Como consecuencia de guerras y sismos.
- e. Suicidio o lesiones autoinferidas, demostradas legalmente.

ARTÍCULO 33.- (CIRUGÍAS PLÁSTICAS, TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y PRÓTESIS). Se encuentran excluidos de la cobertura del SOAT, los tratamientos por efectos secundarios post accidentes como: Cirugías Plásticas, tratamientos psicológicos y prótesis externas no funcionales. Quedarán cubiertas las cirugías reconstructivas como consecuencia del accidente y las prótesis funcionales internas.

CAPITULO VII

SANCIONES RELATIVAS AL SOAT

ARTÍCULO 34.- (SANCIONES PARA EL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO). El propietario que no asegure su vehículo tendrá las siguientes sanciones:

- a. Cuando los oficiales o agentes del Organismo Operativo de Tránsito detecten un vehículo que no cuente con el SOAT, deberán impedir la circulación momentánea del mismo. Por ningún motivo se podrá secuestrar el vehículo sin SOAT.

En todo accidente de tránsito en que se demuestre poseer el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, no podrá ser detenido o secuestrado el vehículo, salvo en los casos expresamente establecidos en el Artículo 168 del Código de Tránsito.

(Incorporado mediante Parágrafo IV del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 27900 de 10/12/2004)

- b. Cuando un vehículo con SOAT, se involucre en un accidente de tránsito con otro vehículo que no tiene Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, las entidades aseguradoras de aquellos que si cuenten con SOAT indemnizarán a los damnificados del accidente que ocupen el vehículo asegurado y a los peatones involucrados, excepto a los ocupantes del vehículo sin SOAT, pudiendo repetir contra el propietario del vehículo no asegurado hasta los montos pagados, dentro de los límites establecidos por el SOAT. Los ocupantes del vehículo sin SOAT deberán ser indemnizados por el propietario de dicho vehículo.
- c. Cuando posea roseta SOAT falsificada, la Policía Boliviana levantará las correspondientes diligencias de Policía Judicial conforme a la Ley.
(Modificado mediante Parágrafo IX del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)
- e. Cuando el propietario de vehículo automotor contrate el SOAT, con cualquier entidad aseguradora, deberá pagar el 100% de la prima independientemente del mes en que obtenga el SOAT.

Independientemente de las penalidades establecidas en los incisos b) y c), el propietario deberá comprar el SOAT, pagando el 100% de la prima excepto en los casos señalados en el Artículo 9 del presente reglamento.

ARTÍCULO 35.- (DECLARACIONES FRAUDULENTAS). Las personas que realicen declaraciones juradas fraudulentas relacionadas con el SOAT, serán procesadas y sancionadas conforme lo dispuesto por el Código Penal. La Declaración Fraudulenta sobre la contratación del SOAT no será causal de no pago de las indemnizaciones del SOAT previstas en el presente Decreto Supremo.

ARTÍCULO 36.- (SANCIONES PARA LA ENTIDAD ASEGURADORA). Si en el plazo señalado en el Artículo 20 del presente cuerpo normativo, la Entidad Aseguradora a cargo del pago no cancelare la indemnización correspondiente, procederá el pago adicional de intereses sobre el capital no pagado entre la fecha límite de

pago y la fecha de pago efectivo, que se calcularán diariamente aplicando la tasa bancaria activa comercial promedio nominal utilizada para créditos en moneda nacional, publicada por el Banco Central de Bolivia y aplicada por la APS.

Independientemente a lo anterior, la APS, en uso de atribuciones aplicará las sanciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 1883, y en sus reglamentos.

Por otra parte, la APS aplicará la suspensión temporal de realizar determinadas actividades y operaciones cuando se evidencie por informe expreso que no está cumpliendo con la cancelación de la indemnización.

(Modificado mediante Parágrafo X del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

CAPITULO VIII

OBLIGACIONES DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y CENTROS MÉDICOS

ARTÍCULO 37.- (OFERTA DE SERVICIOS). La Entidad Pública de Seguros y las entidades aseguradoras que acepten el riesgo, cuando la Entidad Pública de Seguros hubiera convenido de manera temporal la administración y comercialización del SOAT con las mismas, tienen la obligación ineludible de contratar el SOAT con todo propietario de vehículo que así lo requiera, independientemente del origen, marca, tipo, modelo, año de fabricación y actividad al que esté destinado el vehículo.

La APS, determinará los procedimientos para recibir reclamaciones o denuncias de los propietarios de vehículos que se sientan afectados por prácticas negativas de la entidad aseguradora, como también para sancionar las mismas u otras que contravengan los propósitos del SOAT y las disposiciones legales en vigencia.

(Modificado mediante Parágrafo XI del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 38.- (PRIMA). Las primas del SOAT no podrán discriminar origen, marca, modelo, año de fabricación y únicamente se diferenciarán por tipo de vehículo, uso y departamento o conjunto de ello.

Las primas del SOAT serán fijas durante toda la gestión correspondiente y aplicables a nivel nacional.

(Modificado mediante Parágrafo XII del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 39.- (ATENCIÓN A LAS VICTIMAS). Todo Centro Médico está en la obligación ineludible de atender a las víctimas de los accidentes de tránsito para lo cual deberá tomar los recaudos necesarios. La negativa será considerada como delito de denegación de auxilio previsto y sancionado por el Artículo 281 del Código Penal. Si un funcionario de algún Centro Médico público o privado se negara a prestar atención médica a una víctima de accidente de tránsito, al efecto se aplicará el Artículo 154 del mismo cuerpo sustantivo penal.

Si la víctima requiere de atención médica especializada y el Centro Médico no contare con el equipo ni los insumos necesarios, el Director o encargado del Centro Médico, bajo su responsabilidad, podrá autorizar su traslado a otro Centro que cuente con las condiciones apropiadas para poder brindar la atención requerida.

De igual manera la entidad aseguradora, bajo consentimiento del accidentado o sus familiares, podrá solicitar su traslado a otro Centro Médico, siempre y cuando este hecho no represente peligro alguno en el tratamiento del damnificado.

ARTÍCULO 40.- (CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA). Los Centros Médicos que posean los equipos requeridos para efectuar test de alcoholemia quedan obligados a realizar dicho test a los conductores de los vehículos accidentados cuando estos sean ingresados al Centro Médico, cuyo costo será indemnizado por el SOAT. La omisión del análisis no será causal de rechazo de cobertura por la entidad aseguradora. Si el resultado del test fuera superior al grado de alcoholemia permitido por la norma dictada por el Organismo Operativo de Tránsito, dará lugar al derecho de repetición, previa indemnización del siniestro, conforme lo previsto por el Artículo 22 del presente Reglamento. Para todos los efectos, el grado de alcoholemia determinado por el Organismo Operativo de Tránsito, se aplicará sobre cualquier examen efectuado por un Centro Médico.

Todo Centro Médico que proceda a la atención de accidentados de tránsito, está obligado a dar aviso inmediatamente a la Entidad Aseguradora. La omisión de este aviso no constituirá causal de rechazo de siniestro. Asimismo, es obligación del Centro Médico exigir el documento de identificación de los accidentados atendidos a efectos de lo previsto en el Artículo 29 del presente Reglamento, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando los heridos sean indocumentados en cuyo caso será asentado en el historial clínico;
- b) Cuando el paciente falleciere en el Centro Médico y este no cuente con un documento de identificación. En estos casos se aplicará lo previsto en los incisos b) y c) del Artículo 31 del presente Reglamento.

La verificación de la cobertura del SOAT por parte de los Centros Médicos, por los medios que establezca reglamentariamente la APS, es suficiente garantía de pago, consecuentemente ningún Centro Médico podrá retener indebidamente al paciente una vez que ha concluido su tratamiento médico.

Todo Centro Médico tiene la obligación de permitir el ingreso de los profesionales médicos acreditados por las aseguradoras para verificar los servicios otorgados al paciente a cargo del SOAT así como franquear el acceso a toda documentación e información al respecto, emitiendo el informe médico que contenga diagnóstico de internación.

La administración o Dirección del establecimiento de salud, bajo responsabilidad funcionaria, deberá remitir el Certificado Médico que contenga el tratamiento y condiciones de alta (epicrisis), emitido por el médico tratante y fotocopia de la Historia Clínica del paciente a la aseguradora, junto a los documentos previstos en el Artículo 29 del presente Reglamento.

Para efectos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial, debe establecer el protocolo de atención médica a los accidentados, la acreditación y las sanciones aplicables a los Centros Médicos.

(Modificado mediante Parágrafo XIII del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 41.- (TARIFAS POR ATENCIÓN MÉDICA). Las tarifas para los Centros Médicos que atiendan víctimas del SOAT, serán homogéneas a nivel nacional y reguladas por el Ministerio de Salud y Deportes mediante Resolución Ministerial.

Dichas tarifas serán fijadas en base a costos sociales, de común acuerdo entre los Centros Médicos y las entidades aseguradoras autorizadas para la comercialización del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, en el marco de las Normas Básicas de Diagnóstico y Tratamiento de las contingencias del SOAT, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 708 de 3 de diciembre de 2003, no pudiendo exceder el precio promedio observado en el mercado para dichas atenciones prestadas a los usuarios de los Centros Médicos.

Los Centros Médicos y las entidades aseguradoras deberán presentar al Ministerio de Salud, en el plazo de treinta (30) días calendario a partir de la publicación del presente Decreto Supremo, la lista de tarifas completa y detallada a ser aplicada en la atención de los accidentados del SOAT.

El Ministerio de Salud y Deportes, en un plazo no mayor a los quince (15) días calendario desde la presentación de la lista de tarifas consensuada, procederá a

publicarla mediante Resolución Ministerial para su aplicación a nivel nacional, a efectos del SOAT.

El Ministerio de Salud y Deportes y la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS quedan encargados de difundir, para su aplicación, la Lista de Tarifas consensuada.

(Últimos 4 párrafos incorporado mediante Parágrafo VI del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 29084 de 28/03/2007)

CAPÍTULO IX

CONTROLES AUTORIZADOS PARA EL SOAT

ARTÍCULO 42.- (ORGANISMO OPERATIVO DE TRÁNSITO). El Organismo Operativo de Tránsito queda autorizado para controlar e impedir la circulación de los vehículos infractores del SOAT que no cuenten con la roseta y/o la cobertura vigente del SOAT para la gestión correspondiente, conforme lo establecido en el Artículo 34 del presente Reglamento.

(Modificado mediante Parágrafo XIV del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

Nota.- *Mediante Artículo 3 del Decreto Supremo N° 29700 de 10/12/2004, se dispone que a partir del 15 de enero de 2005, el Organismo Operativo de Tránsito Ejercerá un control estricto del cumplimiento del SOAT, en el marco del Decreto Supremo N° 27295 y el Decreto Supremo N° 29700*

ARTÍCULO 43.- (VEHÍCULOS IMPORTADOS). Las importadoras de vehículos deberán vender cualquier vehículo nuevo con el correspondiente SOAT, de la entidad aseguradora que elija el comprador. Aun tratándose de la compraventa a plazos. De igual manera los vehículos importados por personas particulares, antes de salir de los recintos aduaneros deberán contar con el SOAT.

CAPÍTULO X

CONTROL SOCIAL Y CAMPAÑAS DE EDUCACIÓN E INFORMACIÓN

ARTÍCULO 44.- (CONTROL SOCIAL). Todos los usuarios de vehículos de servicio público, por su propio interés y beneficio, tienen la facultad de denunciar la falta del SOAT en el vehículo de uso, ante el agente de tránsito o autoridad competente.

ARTÍCULO 45.- (EDUCACIÓN ESCOLAR). Se recomienda al Ministerio de Educación, incorporar educación vial y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito en la currícula escolar.

ARTÍCULO 46.- (CAMPAÑAS DE EDUCACIÓN). La APS y las entidades aseguradoras, realizarán campañas de educación, para lograr un mejor conocimiento del propósito del SOAT.

ARTÍCULO 47.- (CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN). La APS y las entidades aseguradoras, quedan encargadas de realizar campañas de información sobre los objetivos y alcances del SOAT y dar a conocer los documentos que lo certifican.

CAPITULO XI

VEHÍCULOS NO IDENTIFICADOS Y

EL FONDO DE INDEMNIZACIONES SOAT – FISO

ARTÍCULO 48.- (VEHÍCULOS NO IDENTIFICADOS). En caso de ocurrir un accidente de tránsito en el cual el o los vehículos se evadan impidiendo su identificación, la(s) persona(s) lesionada(s), o los beneficiarios del fallecido, para cobrar la indemnización del SOAT, deberán presentar al FISO, los documentos descritos en el Artículo 29 del presente reglamento, entre los cuales el Informe del Médico Forense certifique que la(s) lesión(es) o muerte(s), se deben a accidentes de tránsito.

En el caso del FISO el certificado del médico forense se constituye también en un requisito mínimo para indemnizaciones por gastos médicos o invalidez total permanente.

El FISO, al recibir los documentos señalados en orden de cabalidad, procederá al pago de las indemnizaciones correspondientes.

Sin embargo, si el FISO tuviera evidencias fundadas de que está siendo víctima de fraude, procederá a interponer la acción penal ante los órganos jurisdiccionales pertinentes contra los sospechosos del delito, previsto y sancionado por el Artículo 338 del Código Penal.

ARTÍCULO 49.- (FORMACIÓN DEL FISO). Para cubrir los siniestros en los cuales el vehículo no sea identificado, se crea el Fondo de Indemnizaciones SOAT – FISO, el mismo que estará conformado por aportes obligatorios de las entidades aseguradoras, que hayan sido autorizadas por la APS a otorgar el SOAT.

La organización y administración del FISO queda sujeta al acuerdo de voluntades de las entidades aseguradoras involucradas, sujetas al control y supervisión de la APS. El acto de constitución debe establecer la posibilidad abierta de participación de otras entidades aseguradoras a futuro, las cuales se podrán adherir a las condiciones, derechos y obligaciones del convenio y previa autorización de la APS.

El acto de constitución del FISO deberá contener principalmente la característica de la transmisión de recursos con periodicidad, siendo su actividad sujeta a condición suspensiva.

ARTÍCULO 50.- (REPRESENTACIÓN DEL FISO). El FISO deberá tener a un representante legal, quien asuma las responsabilidades emergentes de su accionar así como la representación ante la APS.

Asimismo deberá constituir oficinas exclusivas al menos en las capitales de Departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz y representantes en las capitales de Departamentos del resto del país.

El FISO tendrá un representante de la organización gremial del autotransporte público en las oficinas de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, que asumirá funciones del control social y administrativa de los reclamos atendidos con acceso irrestricto a los archivos y documentación del FISO.

ARTÍCULO 51.- (SOSTENIMIENTO DEL FISO). El FISO, de acuerdo a la naturaleza de su creación y a los fines sociales a los que está sometido, no puede en ningún momento quedar sin financiamiento, situación que deberán sostener las entidades aseguradoras participantes, bajo mecanismos económicos y financieros idóneos, que aseguren la liquidez necesaria en todo momento.

ARTÍCULO 52.- (SUPERVISIÓN DEL FISO). El FISO será supervisado por la APS, por consiguiente deberá presentar la información que le sea solicitada y con la periodicidad determinada.

El representante del FISO enviará un informe a la APS sobre cualquier entidad aseguradora que tenga un atraso mayor a quince (15) días, en el pago de sus aportes al FISO. Al recibir dicho informe, la APS revocará su licencia para trabajar con el SOAT y traspasará su cartera a otras entidades aseguradoras.

Asimismo, a los efectos del Artículo 48, la APS intercederá por los beneficiarios del FISO, en todos aquellos actos en los que estén involucrados.

ARTÍCULO 53.- (RESTRICCIONES AL FISO). El FISO no podrá actuar en ninguna circunstancia, como una asociación que realice prácticas monopólicas o de coerción a sus miembros. En cualquiera de estos o similares casos, la APS suspenderá la licencia a estas empresas y licitará su cartera, entre las otras empresas del sector.

CAPÍTULO XII

DISPOSICIONES ADICIONALES, TRANSITORIAS Y COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 54.- (REQUISITOS DE HABILITACIÓN). Mediante Resolución Administrativa la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS regulará los requisitos técnicos para el SOAT especialmente para la habilitación de las entidades aseguradoras para operar el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

(Modificado por Disposición Final Única del Decreto Supremo N° 2920 de 28/09/2016)

ARTÍCULO 55.- (REGLAMENTACIÓN). La APS reglamentará mediante resolución, aquellos aspectos necesarios para la efectiva y correcta aplicación del presente Reglamento.

ARTÍCULO 56.- (ABROGATORIA). Se abroga el Decreto Supremo N° 26871 del 17 de diciembre de 2002 y todas las disposiciones contrarias al presente Decreto Supremo.

Los Señores Ministros de Estado en sus respectivos Despachos, quedan encargados del cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veinte días del mes de diciembre del año dos mil tres.

FDO. CARLOS D. MESA GISBERT, Juan Ignacio Siles del Valle, José Antonio Galindo Nader, Alfonso Ferrufino Valderrama, Gonzalo Arredondo Millán, Javier Gonzalo Cuevas Argote, Jorge Cortes Rodríguez, Xavier Nogales Iturri, Jorge Urquidi Barrau, Mauricio Bernardo Galleguillos Camacho Ministro Interino de Minería e Hidrocarburos, Donato Ayma Rojas, Erwin Saucedo Fuentes Ministro Interino de Salud y Deportes, Luis Fernández Fagalde, Diego Montenegro Ernst, Roberto Barbery Anaya, Justo Seoane Parapaino.



LEY N° 365

LEY DE 23 DE ABRIL DE 2013

**LEY DE SEGURO DE FIANZAS PARA ENTIDADES Y EMPRESAS
PÚBLICAS Y FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO**

**EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

LEY N° 365
LEY DE 23 DE ABRIL DE 2013

EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente Ley:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL,

D E C R E T A :

**LEY DE SEGURO DE FIANZAS PARA ENTIDADES Y EMPRESAS
PÚBLICAS Y FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO**

Artículo 1. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto establecer las características de las pólizas de seguro de fianzas, en las que participen como beneficiarias entidades y empresas públicas y sociedades donde el Estado tenga participación accionaria mayoritaria; crear el Fondo de Protección del Asegurado, así como modificar la Ley N° 1883 de 25 de junio de 1998, Ley de Seguros, y el Código de Comercio.

Artículo 2. (ÁMBITO DE APLICACIÓN). El ámbito de la presente Ley, alcanza a las entidades aseguradoras legalmente establecidas y autorizadas a operar en general, y en particular a las pólizas de seguro de fianzas, sean de caución o de crédito, emitidas por entidades aseguradoras legalmente establecidas en el Estado Plurinacional de Bolivia, que tienen por objeto garantizar las contrataciones de compra de bienes y servicios efectuadas por entidades públicas, empresas públicas y sociedades donde el Estado tiene participación accionaria mayoritaria, en adelante entidades del sector público.

Artículo 3. (SEGURO DE FIANZAS PARA ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO).

- I. Es la modalidad de seguro, reconocida en la Ley de Seguros, que incluye a los seguros de caución y de crédito, aplicada a entidades del sector público, en cuya póliza suscrita por una entidad aseguradora autorizada para administrar seguros generales o creada con ese único objeto, ésta actúa en calidad de fiador de una persona natural o jurídica, que para el efecto se denomina afianzado, obligándose a cumplir la prestación estipulada en el contrato de seguros a favor de entidades del sector público, que constituyen la parte beneficiaria, en caso de incumplimiento de la obligación afianzada.

- II. Las pólizas de seguro de fianzas para entidades del sector público son irrevocables, de ejecución a primer requerimiento, renovables, de textos únicos y uniformes, elaboradas y aprobadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, cuyos términos y condiciones no podrán ser modificados por ninguna de las partes intervinientes. Las entidades aseguradoras autorizadas a operar con esta modalidad de seguro, deberán emitir las pólizas correspondientes con el respaldo de contragarantías siguiendo criterios de prudencia.

En caso de prórroga del contrato por el cual se emitió la Póliza de Seguro de Fianza como garantía, u otra situación que implique la necesidad de ampliar el periodo inicialmente acordado, la vigencia de la Póliza de Seguro de Fianza deberá ser extendida automáticamente por la entidad aseguradora.

ARTÍCULO 4. (EJECUCIÓN).

- I. La ejecución de las pólizas de seguro de fianzas en las que participen como beneficiarias entidades del sector público, es un derecho privativo de las entidades beneficiarias que será ejercido con la presentación única y exclusiva del ejemplar original o copia legalizada de la nota de declaración de incumplimiento, emitida y firmada por el responsable correspondiente o la Máxima Autoridad Ejecutiva - MAE, de la entidad beneficiaria.
- II. Para el caso de las pólizas de seguro de fianzas que garanticen la correcta inversión de anticipo, la ejecución se realizará por la parte no invertida o indebidamente invertida y no resarcida por el afianzado, debiendo en este caso la entidad beneficiaria presentar adicionalmente al documento señalado en el parágrafo anterior, el "Informe de Saldos a Favor y en Contra", elaborado por la misma entidad beneficiaria.
- III. La entidad aseguradora deberá hacer efectiva la indemnización de las pólizas de seguro de fianza en las que participen entidades del sector público, en el plazo máximo de quince (15) días calendario computables a partir de la recepción del (los) documento(s) señalado(s) en los parágrafos precedentes del presente Artículo. Ninguna circunstancia, requerimiento de información o documentación distinta a la establecida en la presente Ley, o controversia entre las partes intervinientes en una Póliza de Seguro de Fianza, en la que participe como beneficiaria una entidad del sector público, condicionará o será causal de demora o suspensión de pago de la indemnización correspondiente.
- IV. La determinación y documentos que sustentan la ejecución de las pólizas de seguros de fianzas, objeto de la presente Ley, es responsabilidad de la servidora o del servidor y de las servidoras y los servidores públicos ante el fiador y ante las autoridades competentes. Los actos o hechos que deriven

de la ejecución inconsistente o incorrecta de estas pólizas, serán sujetos a las responsabilidades legales respectivas.

ARTÍCULO 5. (NEGACIÓN O INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN).

- I. Cumplidas las formalidades que establece la presente Ley, para la ejecución de las pólizas de seguros de fianzas, la negación o incumplimiento de pago de la indemnización por la entidad aseguradora en el plazo previsto, determinará el registro de la operación como “sinistro en mora” y la constitución de reservas especiales que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros establecerá mediante reglamento, sin perjuicio de otras medidas que correspondan.
- II. La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, a denuncia de la entidad beneficiaria o a instancia propia, verificará los hechos y en su caso iniciará el correspondiente proceso sancionador por incumplimiento en el pago de la indemnización. Este proceso no admitirá deliberación respecto al contrato principal entre afianzado y beneficiario.

ARTÍCULO 6. (TRANSPARENCIA DE LA INFORMACIÓN).

- I. La entidad aseguradora a la que se solicite la ejecución de una Póliza de Seguro de Fianza en la que participe como beneficiaria una entidad del sector público, tendrá acceso sin restricción alguna, a toda la información del proceso que dio lugar a la solicitud de ejecución. El servidor público que niegue este acceso será sujeto del proceso sancionador correspondiente, pudiendo ser sancionado con la destitución del cargo, sin perjuicio de ser procesado también por incumplimiento de deberes.
- II. En ningún caso la ejecución de las pólizas, podrá ser retrasada o condicionada a la entrega de cualquier tipo de información o documento que no sean los específicamente nombrados en la presente Ley.

ARTÍCULO 7. (CONTROVERSIAS Y CLÁUSULA ARBITRAL).

- I. La entidad aseguradora que como consecuencia de la ejecución de la Póliza de Seguro de Fianza indemnice a la entidad beneficiaria y considere a su juicio que existen aspectos controversiales de hecho o de derecho no resueltos, podrá recurrir al proceso de resolución de controversias regulado por la Ley N° 1770 de 10 de marzo de 1997, Ley de Arbitraje y Conciliación, en aplicación de la cláusula arbitral que deberá estipular la Póliza de Seguro de Fianza.
- II. La existencia de cualquier controversia, no afectará ni demorará en ningún momento ni por ninguna circunstancia el pago de la indemnización al beneficiario en el tiempo estipulado en la presente Ley.

- III. En caso que el Laudo Arbitral fuera favorable a la entidad aseguradora, ésta tiene habilitada la vía judicial correspondiente para que por esa instancia persiga el respectivo resarcimiento.

Artículo 8. (SUBROGACIÓN DE DERECHOS A LA ENTIDAD ASEGURADORA).

El pago efectuado por el fiador emergente de la ejecución de la Póliza de Seguro de Fianza para entidades del sector público, activa en su favor la subrogación de derechos de la entidad beneficiaria frente al afianzado conforme documento probatorio suscrito, sin perjuicio de las acciones que pueda seguir para ejecutar las contragarantías constituidas en su favor.

Artículo 9. (FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO).

- I. Créase el Fondo de Protección del Asegurado - FPA, como una persona jurídica de carácter público, de duración indefinida, no sujeta a la Ley N° 1178 de 20 de julio de 1990, con el objeto de apoyar financieramente operaciones de cesión de cartera directa y por pagar de entidades aseguradoras en proceso de intervención para su liquidación forzosa por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, conforme lo establecido por la Ley N° 1883 de 25 de junio de 1998, Ley de Seguros, y demás normativa conexa.
- II. El FPA podrá apoyar financieramente operaciones de cesión de cartera y por pagar de entidades aseguradoras intervenidas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, hasta cubrir el déficit de pasivos técnicos, siempre que el monto del apoyo financiero no supere el treinta por ciento (30%) de los recursos de inversión requeridos de la entidad aseguradora intervenida, de acuerdo a los estados financieros finales de intervención, subrogándose los derechos correspondientes frente a la entidad aseguradora “en liquidación”.
- III. El FPA podrá apoyar financieramente operaciones de cesión de cartera directa y por pagar de entidades aseguradoras intervenidas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, a partir del 1 de enero del 2018.
- IV. Los recursos del FPA se **constituirán** mediante aportes de las entidades de seguros, legalmente autorizadas a operar en Bolivia. Los aportes de las entidades aseguradoras de seguros generales o de fianzas, serán efectuados a razón del cinco por mil (5‰) trimestral del valor de la producción directa neta de anulaciones. Los aportes de las entidades aseguradoras de seguros de personas, serán efectuados a razón del dos punto cinco por mil (2.5‰) trimestral, calculado sobre el valor de la producción directa neta de anulaciones.
- V. En todos los casos los aportes serán considerados como gastos por las entidades aseguradoras.

- VI. Los aportes deberán ser abonados a una cuenta del Banco Central de Bolivia - BCB, hasta el día 15 de cada mes siguiente al trimestre vencido o el día hábil siguiente, bajo declaratoria de cesación de pagos en caso de incumplimiento.
- VII. El FPA tendrá como órgano de dirección y decisión a un directorio conformado por tres (3) representantes no remunerados, designados uno por el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, uno por el BCB y uno por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros. Adicionalmente contará con dos síndicos no remunerados, uno de ellos designado por las entidades aseguradoras de seguros generales y el otro por las entidades aseguradoras de seguros de personas. No podrán ser designados como miembros del directorio ni síndicos, los inhabilitados por ministerio de la Ley, para ejercer el comercio; los que tengan auto de procesamiento o sentencia condenatoria por la comisión de delitos comunes; los deudores en mora al sistema financiero que tengan créditos en ejecución o créditos castigados; los que hubieran sido declarados, conforme a procedimientos legales, culpables de delitos económicos en funciones públicas, contra el orden financiero o en la administración de entidades financieras; los responsables de quiebras, por culpa o dolo, en sociedades en general y entidades del sistema financiero; los que hubieran sido inhabilitados para ser titulares de cuentas corrientes; y, quienes se encuentren expresamente prohibidos por el Artículo 47 de la Ley N° 1670 de 31 de octubre de 1995, Ley del Banco Central de Bolivia, con excepción de los incisos b) y c). El mandato de los síndicos será de dos (2) años.
- VIII. Los recursos del FPA serán administrados por el BCB, realizando inversiones de manera análoga a las efectuadas por el Fondo de Requerimiento de Activos Líquidos - Fondo RAL. Los rendimientos serán capitalizados. La comisión de administración será pagada al BCB con cargo a los recursos del FPA, mediante débitos automáticos.
- IX. Cuando los aportes efectuados por una entidad aseguradora hubieran alcanzado la suma equivalente al veinte por ciento (20%) del total de las inversiones admisibles y no admisibles registradas en sus respectivos estados financieros, el Directorio del FPA podrá eximir transitoriamente a la entidad aseguradora del pago de los aportes, considerando las condiciones prevalentes en el sector y la economía en general, siempre que los recursos del FPA no se encontraren comprometidos con procesos de intervención.

DISPOSICIONES ADICIONALES

PRIMERA. Se modifica la Ley N° 1883 de 25 de junio de 1998, Ley de Seguros, de acuerdo a lo establecido en los siguientes parágrafos:

- I. Se modifica la definición de Seguro de Caución establecida en el Artículo 5, con el siguiente texto:

“SEGURO DE CAUCIÓN. Es aquel por el que el asegurador se obliga, en caso de incumplimiento por el tomador del seguro (afianzado) de sus obligaciones legales o contractuales a indemnizar al beneficiario a título de resarcimiento o penalidad, los daños patrimoniales sufridos dentro de los límites establecidos en la Ley o en el contrato. Todo pago hecho por el asegurador debe serle reembolsado por el tomador del seguro a cuyo efecto dicho asegurador deberá obtener las contragarantías suficientes. Los Seguros de Caución garantizan obligaciones contractuales caracterizadas por hacer, realizar, construir, suministrar o prestar un servicio.”

- II. Se modifica la definición de Seguro de Crédito establecida en el Artículo 5, con el siguiente texto:

“SEGURO DE CRÉDITO. Es aquel por el que, el asegurador se obliga a pagar al acreedor una indemnización por las pérdidas netas definitivas que sufra como consecuencia de la insolvencia del deudor (afianzado), cuyas características se definen en los Artículos 1106 al 1108 del Código de Comercio. Todo pago hecho por el asegurador le otorga el derecho de repetición contra el deudor. Los seguros de crédito garantizan obligaciones contractuales de pago y/o financieras en general por parte del afianzado.”

- III. Se incorpora al Artículo 18 como último párrafo el siguiente:

“Se autoriza el registro de Empresas de Actuaría Matemática Extranjera, de reconocida trayectoria internacional, de acuerdo a reglamento.”

- IV. Se modifica el Artículo 24, con el siguiente texto:

“Artículo 24. PROHIBICIÓN. Los corredores de seguros y reaseguros están prohibidos de asumir riesgos por cuenta propia o cobrar primas. Podrán cobrar primas solamente cuando se encuentren autorizados mediante disposición expresa del asegurador o del reasegurador en su caso.”

- V. Se incorpora en forma inmediata anterior al último párrafo del Artículo 30, el siguiente:

“Se establece la Reserva Técnica Especial por riesgo de tasa técnica, a ser constituida por las entidades aseguradoras que administran los seguros previsionales, equivalente al ocho por ciento (8%) del capital invertido en construcción de vivienda y financiada por las utilidades provenientes de dichas inversiones. Esta reserva técnica deberá ser invertida en títulos valores de oferta pública, será de carácter permanente hasta la extinción de la cartera previsional, acumulativa y excepcionalmente podrá ser liberada en parte con autorización expresa de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, cuando el riesgo por el cual se constituye presente desviaciones materiales.”

VI. Se incorpora al Artículo 34 como último párrafo, el siguiente:

“Las inversiones a las que se refiere el presente Capítulo, provenientes del margen de solvencia, reservas técnicas y retención a los reaseguradores, son inembargables, salvo que fueran a requerimiento de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, en aplicación de lo dispuesto en los Artículos 47, 48, 49, 50 y 51 de la presente Ley.”

VII. Se incorpora a continuación del último párrafo del Artículo 35, el siguiente:

“Se autoriza a las entidades aseguradoras de seguros de personas que administran los seguros previsionales, invertir en construcción de vivienda no suntuaria hasta un máximo equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor de sus reservas técnicas constituidas para estos riesgos.”

VIII. Se incorpora al Artículo 39 como último párrafo, el siguiente:

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

IX. Se incorporan al Artículo 43 los siguientes incisos:

v) Actuar como ente de conciliación en siniestros no superiores a UFV100.000,00.- (Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda). y en su caso, resolver la controversia mediante resolución administrativa motivada.

w) Mediante orden judicial y en su caso con auxilio de la fuerza pública, tomar posesión física y precintar todas las instalaciones de las personas naturales o jurídicas que incurran en la prohibición del Artículo 2 de la presente Ley.”

SEGUNDA. Se modifica el Código de Comercio de acuerdo a lo establecido en los siguientes párrafos:

I. Se sustituye el texto del Artículo 1018, con el siguiente:

“Artículo 1018. (Las primas en los seguros de daños). En los seguros de daños, si la entrega de la póliza o certificado provisional de cobertura se realiza sin la percepción de la prima, se presume la concesión de crédito con intereses por su importe.

Si el pago de la prima es parcial, se presume el otorgamiento de crédito con intereses por el saldo.

Salvo pacto en contrario, el incumplimiento en el pago de la prima más los intereses, dentro de los plazos fijados, suspende la vigencia del contrato.

Suspendida la vigencia de la póliza, el asegurador tiene derecho con fuerza ejecutiva a la prima correspondiente al periodo corrido, calculado a pro-rata.”

- II. Se sustituye el texto del Artículo 1033, con el siguiente:

“Artículo 1033. (Plazo para pronunciarse). *El asegurador debe pronunciarse sobre el derecho del asegurado o beneficiario dentro de los treinta (30) días de recibida la información y evidencia citadas en el Artículo 1031. Se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo del plazo.*

El plazo de treinta (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud del asegurador al asegurado que se complementen los requerimientos contemplados en el Artículo 1031 y no vuelve a correr hasta que el asegurado haya cumplido con tales requerimientos.

La solicitud de complementos establecidos en el Artículo 1031, por parte del asegurador no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro el plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del asegurado, después de la entrega por parte del asegurado del último requerimiento de información.

El silencio del asegurador, vencido el término para pronunciarse o vencidas las solicitudes de complementación, importa la aceptación del reclamo.”

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. En todo texto de la Ley N° 1883 de 25 de junio de 1998, Ley de Seguros, donde indica “Superintendencia de Pensiones Valores y Seguros”, se modifica por “Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros”. De igual forma, se modifica la sigla “SPVS” por “APS”.

SEGUNDA. La presente Ley será reglamentada por el Órgano Ejecutivo o la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA. Se deroga el Artículo 46 de la Ley N° 1883 de 25 de junio de 1998, Ley de Seguros.

DISPOSICIÓN ABROGATORIA

ÚNICA. Se abrogan y derogan todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

Remítase al Órgano Ejecutivo para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los dieciocho días del mes de abril del año dos mil trece.

Fdo. Lilly Gabriela Montaña Viaña, Betty Asunta Tejada Soruco, Andrés Agustín Villca Daza, Claudia Jimena Torres Chávez, Marcelo William Elio Chávez, Angel David Cortéz Villegas.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veintitrés días del mes de abril del año dos mil trece.

FDO. EVO MORALES AYMA, Juan Ramón Quintana Taborga, Luis Alberto Arce Catacora, Ana Teresa Morales Olivera, Amanda Dávila Torres.



DECRETO SUPREMO N° 2036

**EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

DECRETO SUPREMO N° 2036

EVO MORALES AYMA PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

CONSIDERANDO:

Que el Artículo 2 de la Ley N° 1883, de 25 de junio de 1998, de Seguros, dispone que ninguna persona natural o jurídica podrá realizar actividades de seguros sin previa autorización de constitución y de funcionamiento otorgadas por la Superintendencia actual Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

Que el Artículo 4 de la Ley N° 1883, establece que la citada Ley y sus reglamentos tienen por objetivo regular la actividad aseguradora, reaseguradora, de intermediarios, auxiliares y entidades de prepago para que cuenten con la suficiente credibilidad, solvencia y transparencia, garantizando un mercado competitivo. Asimismo, determina los derechos y deberes de las entidades aseguradoras y establece los principios de equidad y seguridad jurídica para la protección a los asegurados, tomadores y beneficiarios del seguro.

Que la Ley N° 365, de 23 de abril de 2013, de Seguro de Fianzas para Entidades y Empresas Públicas y Fondo de Protección del Asegurado, señala las características de las pólizas de seguro de fianzas, en las que participen como beneficiarias entidades y empresas públicas y sociedades donde el Estado tenga participación accionaria mayoritaria; además crea el Fondo de Protección del Asegurado, y modifica la Ley N° 1883, y el Código de Comercio.

Que el Artículo 9 de la Ley N° 365, crea el Fondo de Protección del Asegurado – FPA, como una persona jurídica de carácter público, de duración indefinida, no sujeta a la Ley N° 1178, de 20 de julio de 1990, con el objeto de apoyar financieramente operaciones de cesión de cartera directa y por pagar de entidades aseguradoras en proceso de intervención para su liquidación forzosa por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, conforme lo establecido por la Ley N° 1883 y demás normativa conexas.

Que el inciso w) del Artículo 43 de la Ley N° 1883, incorporado por el Parágrafo IX de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365, dispone como una de las atribuciones de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, que mediante orden judicial y en su caso con auxilio de la fuerza pública, tomar posesión física y precintar todas las instalaciones de las personas naturales o jurídicas que incurran en la prohibición del Artículo 2 de la Ley N° 1883.

Que el Decreto Supremo N° 0181, de 28 de junio de 2009, Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios, establece el conjunto de normas de carácter jurídico, técnico y administrativo que regula la contratación de bienes y servicios para el sector público.

Que es necesario reglamentar mediante Decreto Supremo disposiciones referidas a la ejecución de las pólizas de seguro de fianza que tienen como beneficiarias a entidades del sector público, como también las relacionadas al funcionamiento del Fondo de Protección del Asegurado, y a la atribución de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros para intervenir instalaciones de personas naturales o jurídicas que realicen operaciones propias de la actividad aseguradora sin la debida autorización de funcionamiento.

EN CONSEJO DE MINISTROS,

D E C R E T A:

ARTÍCULO 1.- (OBJETO). El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar:

- a. Las disposiciones referidas a la ejecución de las pólizas de seguro de fianza que tienen como beneficiarias a entidades del sector público;
- b. El funcionamiento del Fondo de Protección del Asegurado, previstas en los Artículos 4 y 9 de la Ley N° 365, de 23 de abril de 2013, de Seguro de Fianzas para Entidades y Empresas Públicas y Fondo de Protección del Asegurado; y
- c. Las medidas aplicables a la actividad ilegal de seguros.

CAPÍTULO I

EJECUCIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE FIANZA PARA ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO

ARTÍCULO 2.- (CLÁUSULA OBLIGATORIA EN PÓLIZAS DE SEGURO DE FIANZA PARA ENTIDADES PÚBLICAS). Las pólizas de seguro de fianza que tengan como beneficiario a una entidad pública, empresa pública o sociedad donde el Estado tiene participación accionaria mayoritaria, deberán incluir obligatoriamente una cláusula de adhesión a las disposiciones pertinentes de la Ley N° 365, conforme el texto uniforme que para el efecto la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, emita mediante Resolución Administrativa.

ARTÍCULO 3.- (EJECUCIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE FIANZA).

- I. En caso de incumplimiento y/o resolución del contrato de adquisición de bienes, obras, servicios generales, de consultoría y otros, por causas atribuibles al contratista u oferente, la entidad pública, empresa pública o sociedad donde el Estado tiene participación accionaria mayoritaria, beneficiaria de la póliza de seguro de fianza, requerida conforme a las Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios u otras establecidas de manera específica cuando corresponda, procederá a la ejecución de la misma, conforme a términos, plazos y condiciones establecidas en el respectivo contrato, y lo previsto al respecto en la Ley N° 365, el presente Decreto Supremo y normativa conexas.
- II. El requerimiento a la entidad aseguradora de ejecución de la póliza de seguro de fianza no estará sujeto al cumplimiento previo ni posterior de ningún trámite o acción judicial. El requerimiento de ejecución y pago de la indemnización correspondiente se efectuará con la presentación única y exclusiva del ejemplar original o copia legalizada de la nota de declaración de incumplimiento, firmada por la servidora o servidor público responsable o la Máxima Autoridad Ejecutiva.
- III. Cuando se trate de ejecución de pólizas de seguro de fianzas que garanticen la correcta inversión de anticipo, la misma se efectuará por la parte no invertida o indebidamente invertida y no resarcida por el contratista (afianzado), debiendo en este caso, la entidad beneficiaria presentar adicionalmente al documento señalado en el Parágrafo anterior, el “Informe de Saldos a Favor y en Contra”, elaborado por la misma entidad beneficiaria.
- IV. La entidad aseguradora, ante la recepción del requerimiento de ejecución presentado por la entidad beneficiaria, deberá hacer efectiva la indemnización de la póliza de seguro de fianza en el plazo máximo de quince (15) días calendario computables a partir de la recepción de los documentos señalados en el presente Artículo. Ninguna circunstancia, requerimiento de información o documentación distinta a la citada, o controversia entre las partes intervinientes en una póliza de seguro de fianza, condicionará o será causal de demora o suspensión de pago de la indemnización correspondiente.
- V. La determinación de la ejecución por parte de la entidad beneficiaria estará respaldada por la evaluación técnica y legal que corresponda. Los actos o hechos que deriven de la ejecución inconsistente o incorrecta de estas pólizas serán sujetos a las responsabilidades legales respectivas.

ARTÍCULO 4.- (RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE PÓLIZA DE SEGURO DE FIANZA).

- I. La entidad pública, empresa pública o sociedad donde el Estado tiene participación accionaria mayoritaria, en caso de prórroga del contrato por el cual se emitió la Póliza de Seguro de Fianza como garantía, u otra situación que implique la necesidad de ampliar el periodo de la póliza inicialmente acordado para garantizar que el seguro de fianza cubra todo el plazo de contrato, podrá solicitar mediante nota dirigida a la Entidad Aseguradora, la renovación o extensión automática de la póliza de seguro de fianza. A tal efecto la entidad aseguradora emitirá el documento que respalde la renovación o extensión en el plazo máximo de dos (2) días hábiles administrativos, debiendo comunicarse este hecho a las partes involucradas.
- II. Los costos que demanden la ampliación o renovación de la vigencia de la póliza de seguro de fianza serán cubiertos por el contratista o contratado, aspecto que deberá quedar establecido en los contratos.
- III. La negativa de la solicitud de renovación por parte de la Entidad Aseguradora o el contratista, determinará la ejecución de la póliza, sin condicionamiento o cumplimiento de requisito alguno.

CAPÍTULO II FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

SECCIÓN I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 5.- (FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO).

- I. El Fondo de Protección del Asegurado – FPA, creado mediante Ley N° 365, con el objeto de apoyar financieramente la cesión de cartera directa y cartera de operaciones por pagar de entidades aseguradoras en proceso de intervención para su liquidación forzosa, es una persona jurídica de carácter público, de duración indefinida, no sujeta a la Ley N° 1178, de 20 de julio de 1990, de Administración y Control Gubernamentales.
- II. Por cartera directa se entenderá al conjunto de contratos de seguros y re-aseguros que integran la cartera de la entidad aseguradora intervenida; y por cartera de operaciones por pagar a todas las obligaciones de la entidad aseguradora intervenida, originadas en contratos de seguros, conforme a normativa que emita la APS.

SECCIÓN II

DIRECTORIO Y ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

ARTÍCULO 6.- (DIRECTORIO DEL FPA).

- I. El Directorio del FPA es el órgano a cuyo cargo se encuentra la administración y representación del FPA. Las tareas de administración del FPA, con el alcance previsto en el presente Decreto Supremo serán delegadas al Banco Central de Bolivia – BCB.
- II. El Directorio estará conformado por tres (3) miembros titulares y tres (3) suplentes. Las Máximas Autoridades Ejecutivas del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, BCB y la APS, serán los Directores Titulares y los miembros suplentes las autoridades de jerarquía inmediatamente inferior designadas por dichas entidades.
- III. La Presidencia del Directorio, será ejercida por la Máxima Autoridad Ejecutiva del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
- IV. El Directorio del FPA, contará con un Secretario quien deberá ser designado de entre las servidoras o servidores públicos de nivel ejecutivo del BCB.

ARTÍCULO 7.- (REUNIONES Y RESOLUCIONES DEL DIRECTORIO).

- I. El Directorio del FPA, se reunirá obligatoriamente por lo menos una vez al año y, a más tardar, dentro de los tres (3) meses siguientes de concluida la gestión anual, a efectos de considerar y aprobar los estados financieros auditados, aprobar la designación de los auditores externos y tratar cualquier otro asunto que se hubiera incluido en el orden del día. Antes o después de dicha reunión obligatoria, el Directorio podrá reunirse las veces que considere necesario para tratar otros asuntos relacionados con sus funciones, la administración y consecución de los fines del FPA.
- II. La convocatoria a reunión de Directorio deberá realizarse al menos con tres (3) días hábiles administrativos de anticipación.
- III. El quórum necesario para reuniones de Directorio, estará constituido obligatoriamente por los tres (3) miembros que hacen la totalidad de los integrantes del Directorio del FPA.
- IV. El Directorio sesionará en el BCB, institución que prestará el apoyo administrativo correspondiente. El Directorio no contará con asignación presupuestaria alguna.
- V. El Directorio del FPA, asumirá sus decisiones mediante Resolución de Directorio, que será válida con el voto favorable de al menos dos (2) de sus Directores.

ARTÍCULO 8.- (FUNCIONES DEL DIRECTORIO). Las funciones del Directorio del FPA, son las siguientes:

- a. Aprobar los desembolsos para apoyar financieramente operaciones de cesión de cartera directa y cartera de operaciones por pagar de entidades aseguradoras en proceso de intervención para su liquidación forzosa, en consideración a la solicitud de la APS. El apoyo financiero no podrá superar el treinta por ciento (30%) de los recursos de inversión requeridos;
- b. Velar que la administración del FPA delegada al BCB, se efectúe de acuerdo al objeto y finalidades previstos en la Ley N° 365 y el presente Decreto Supremo;
- c. Designar al Secretario del Directorio del FPA;
- d. Aprobar el Estatuto y demás normativa interna del FPA;
- e. Aprobar la contratación de servicios profesionales, firmas consultoras y otros, considerados estrictamente necesarios y de carácter eventual con la única finalidad de prestar apoyo a las labores del Directorio del FPA, que requieran la ejecución de actividades operativas conducentes al cumplimiento del objeto del FPA;
- f. Aprobar anualmente la contratación de una firma de auditoría externa registrada en el Registro de Auditores Externos de la APS, para examinar los estados financieros del FPA;
- g. Aprobar anualmente los estados financieros auditados del FPA;
- h. Eximir transitoriamente a la Entidad Aseguradora del pago de los aportes cuando estos hubieran alcanzado la suma equivalente al veinte por ciento (20%) del total de las inversiones admisibles y no admisibles registradas en sus estados financieros. Esta exención podrá ser otorgada transitoriamente siempre que las condiciones prevalecientes en el sector y la economía en general lo permitan y que los recursos del FPA no se encuentren comprometidos con procesos de intervención en curso;
- i. Realizar todas las demás operaciones y actos necesarios y vinculados al cumplimiento del objeto del FPA.

ARTÍCULO 9.- (RÉGIMEN ADMINISTRATIVO Y DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS).

- I. El Directorio del FPA, no podrá establecer otros órganos o unidades funcionales, al margen de lo previsto en el presente Decreto Supremo.
- II. La contratación de servicios profesionales, firmas consultoras y otros, se realizará con la única finalidad de prestar apoyo a las labores del Directo-

rio del FPA, que eventualmente requieran para la ejecución de actividades operativas. Esta contratación será de carácter no permanente.

- III. El régimen de dichas contrataciones, se ajustará a los parámetros y disposiciones que establezca el Directorio del FPA, basado en principios de oportunidad, costo, beneficio, transparencia y competitividad.
- IV. Los gastos que demanden las contrataciones que se refieren los incisos e) y f) del Artículo 8 del presente Decreto Supremo, serán cubiertos con recursos del FPA.

SECCIÓN III

FISCALIZACIÓN DEL FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

ARTÍCULO 10.- (SÍNDICOS DEL FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO).

- I. El FPA cuenta con dos (2) síndicos, uno de ellos elegido por las Entidades Aseguradoras de seguros generales y el otro por las Entidades Aseguradoras de seguros de personas. Cada uno de dichos síndicos tendrá su respectivo suplente.
- II. Los síndicos titulares y suplentes, no percibirán remuneración ni dieta alguna del FPA por las funciones que desempeñen.

ARTÍCULO 11.- (ELECCIÓN Y ACREDITACIÓN DE SÍNDICOS TITULARES Y SUPLENTES). La elección y acreditación de los Síndicos titulares y suplentes del FPA, se realizará de acuerdo al siguiente procedimiento:

- a. Cada uno de los síndicos y sus correspondientes suplentes serán elegidos por separado, por los delegados de las Entidades Aseguradoras de seguros generales y delegados de las Entidades Aseguradoras de seguros de personas. Estas elecciones se realizarán en reuniones específicas convocadas públicamente para este efecto por voto favorable de la mitad más uno de los respectivos delegados;
- b. Una vez elegidos los síndicos, estos serán acreditados ante el Secretario del Directorio del FPA, acompañando la publicación de la convocatoria a la reunión de elección, registro de los delegados asistentes a la misma y constancia otorgada por Notario de Fe Pública del resultado de la elección;
- c. A partir de su acreditación, los síndicos del FPA desempeñarán sus funciones por un periodo de dos (2) años pudiendo ser reelegidos cumpliendo el mismo procedimiento señalado en el presente Artículo;
- d. Los síndicos suplentes asumirán funciones en casos de impedimento eventual, debidamente justificados por el titular.

ARTÍCULO 12.- (INCOMPATIBILIDADES DE LOS SÍNDICOS).

- I. No podrán ser elegidos síndicos del FPA, quienes se enmarquen en las incompatibilidades establecidas por el Parágrafo VII del Artículo 9 de la Ley N° 365.
- II. El desempeño de las funciones de síndico del FPA es compatible con otras actividades privadas, remuneradas o no, que puedan ejercer los nombrados síndicos.

ARTÍCULO 13.- (REMOCIÓN Y SUPLENCIA DEL SÍNDICO).

- I. En caso de renuncia, inhabilitación, destitución o muerte de algún síndico, sus funciones serán asumidas por el síndico suplente hasta la conclusión del periodo del reemplazo, y de ser necesario se elegirán nuevos síndicos suplentes cumpliendo el procedimiento previsto en los Artículos 11 y 12 del presente Decreto Supremo.
- II. Los síndicos del FPA, quedarán inhabilitados automáticamente en caso de incurrir en las incompatibilidades señaladas en el Artículo anterior.

ARTÍCULO 14.- (FUNCIONES DE LOS SÍNDICOS). Las funciones de los síndicos del FPA, son las siguientes:

- a. Fiscalizar la administración del FPA, sin intervenir en las determinaciones del Directorio del FPA o en los actos conducentes al cumplimiento del objeto del FPA;
- b. Examinar los libros, estados de cuenta y verificación de las disponibilidades y valores;
- c. Revisar los estados financieros del FPA;
- d. Asistir, con voz pero sin voto a las reuniones del Directorio del FPA cuando sean expresamente convocados;
- e. Elevar informes al Directorio del FPA respecto al ejercicio de sus funciones.

SECCIÓN IV RECURSOS DEL FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO Y SU ADMINISTRACIÓN

ARTÍCULO 15.- (RECURSOS DEL FPA).

- I. Los recursos del FPA, están constituidos por el aporte obligatorio del cinco por mil (5‰) trimestral del valor de la producción directa neta de anulaciones trimestral de las Entidades Aseguradoras de Seguros Generales o Fianzas y del dos punto cinco por mil (2.5‰) trimestral, del valor de la producción directa neta de anulaciones trimestrales de las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas.

- II. Los aportes señalados en el Parágrafo anterior, dado que se tratan de una transferencia obligatoria y definitiva de fondos a favor del FPA, constituyen para las Entidades Aseguradoras un gasto y bajo ningún concepto podrán ser registrados como una acreencia, inversión u otra forma de activo o derecho.
- III. Los cálculos de los aportes deberán ser realizados por las propias Entidades Aseguradoras, información que deberá ser revisada por la APS, para verificar la exactitud de dichos cálculos. Las desviaciones que presenten los cálculos serán considerados por la APS como infracciones sujetas a la imposición de sanciones conforme a reglamentación establecida por la APS.
- IV. Los aportes se realizarán hasta el día quince (15) del mes siguiente al trimestre vencido o el día hábil siguiente, bajo declaratoria de cesación de pagos en caso de incumplimiento. Se consideran trimestres vencidos a los periodos finalizados el 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de cada año.
- V. Los recursos del FPA, no podrán ser embargados o sujetos a medidas precautorias, ni ser objeto de compensación o transacción alguna. Su utilización estará restringida únicamente al apoyo financiero de cesiones de cartera directa y cartera de operaciones por pagar de entidades aseguradoras en proceso de intervención para su liquidación forzosa, y a la cobertura de los gastos de funcionamiento del propio FPA.
- VI. Los recursos del FPA, desembolsados para el apoyo financiero de cesión de cartera directa y cartera de operaciones por pagar señalados en el Parágrafo anterior, constituirán una acreencia a favor del FPA, cuya incobrabilidad de cualquier saldo será declarada una vez resuelto el proceso de liquidación forzosa de la entidad aseguradora.

ARTÍCULO 16.- (ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE PROTECCIÓN DEL ASEGURADO). El FPA, será administrado por el BCB, cuya función comprende las siguientes tareas:

- a. Recibir los aportes de las Entidades Aseguradoras, en la cuenta del BCB abierta para el FPA;
- b. Invertir los recursos del FPA en valores u operaciones financieras análogas a las realizadas en la gestión del Fondo de Requerimiento de Activos Líquidos (Fondo RAL). Para el efecto, el BCB podrá contratar fiduciarios y custodios de valores de reconocido prestigio mediante mecanismos competitivos en condiciones y obligaciones similares establecidas para la gestión del Fondo de Requerimiento de Activos Líquidos (Fondo RAL);
- c. Capitalizar los rendimientos de la inversión de los recursos del FPA;

- d. Atender las solicitudes de desembolso requeridas por la APS y aprobadas por el Directorio del FPA, para apoyar financieramente cesiones de cartera directa y cartera de operaciones por pagar de entidades aseguradoras en proceso de intervención para su liquidación forzosa;
- e. Efectuar pagos relacionados con las actividades propias del FPA;
- f. Llevar la contabilidad adecuada a la naturaleza del FPA sobre una base uniforme que permita demostrar la situación de sus operaciones con una justificación clara de todos y cada uno de los actos y operaciones sujetos a contabilización, debiendo además conservar los respectivos registros, documentos y correspondencia que los respalden;
- g. Presentar al Directorio del FPA los estados de cuentas con la periodicidad que sea solicitada, estados financieros anuales y otros informes que sean requeridos;
- h. Transmitir al Directorio del FPA la información reportada por la APS sobre las Entidades Aseguradoras que alcanzaron el veinte por ciento (20%) del total de las inversiones admisibles y no admisibles registradas en sus respectivos estados financieros, con las conclusiones y recomendaciones sobre el sector de seguros, así como también los resultados de la evaluación de la economía que realice el BCB para considerar la exención temporaria o continuidad de los aportes;
- i. Otras que el Directorio del FPA pueda encomendar.

ARTÍCULO 17.- (COMISIÓN Y OTROS ASPECTOS DE ADMINISTRACIÓN).

- I. El BCB por las tareas descritas en el Artículo anterior percibirá una comisión por administración equivalente a la que percibe por la administración del Fondo RAL, la que será deducida de los recursos del FPA. Adicionalmente, por la contratación de fiduciarios y custodios de valores según lo previsto en el inciso b) del Artículo anterior, el BCB descontará de los recursos del FPA la comisión correspondiente.
- II. La administración de los recursos del FPA a cargo del BCB, será efectuada a mejor esfuerzo y con la diligencia de un buen padre de familia, condiciones que no significan garantizar el logro de niveles de resultados de las inversiones.

ARTÍCULO 18.- (ADELANTO DE APORTES AL FPA).

- I. En caso que los recursos del FPA, sean insuficientes para apoyar financieramente cualquier cesión de cartera directa y cartera de operaciones

por pagar de Entidades Aseguradoras en proceso de intervención para su liquidación forzosa, las Entidades Aseguradoras deberán efectuar el adelanto de hasta cuatro (4) cuotas trimestrales, en función lo que determine el Directorio del FPA mediante resolución expresa.

- II. El monto de cada aporte adelantado se determinará aplicando la alicuota correspondiente sobre el promedio trimestral de la producción directa neta de anulaciones de la gestión anterior registrada en sus Estados Financieros auditados, mismo que será ajustado al cabo del periodo anticipado.
- III. La diferencia que exista a favor de la Entidad Aseguradora, entre los aportes estimados pagados por adelantado y los aportes reales, será considerado como parte del aporte trimestral siguiente. Si se diera el caso inverso, la Entidad Aseguradora deberá efectuar el reintegro correspondiente

CAPÍTULO III

ACCIONES CONTRA EL EJERCICIO ILEGAL DE ACTIVIDADES PROPIAS DEL SECTOR DE SEGUROS

ARTÍCULO 19.- (INTERVENCIÓN Y POSESIÓN FÍSICA). De oficio o a denuncia verbal o escrita de realización ilegal de operaciones propias de la actividad aseguradora la APS, con previa orden judicial y la presencia de un Notario de Fe Pública de Primera Clase, y de ser necesario el apoyo de la fuerza pública, intervendrá y tomará posesión física de las instalaciones donde se realicen dichas actividades, documentando las actuaciones como la existencia de bienes mediante la elaboración de actas y levantamiento de inventarios de bienes y documentos que se encontrarán, sea en medios físicos o electrónicos, dejándose el lugar debidamente precintado en resguardo de la acción de intervención y a disposición de las autoridades jurisdiccionales.

ARTÍCULO 20.- (DENUNCIA AL MINISTERIO PÚBLICO).

- I. Producida la posesión física y el precintado de las instalaciones utilizadas para el ejercicio de la actividad aseguradora ilegal, la APS, en el plazo máximo de cinco (5) días administrativos, deberá presentar la correspondiente denuncia ante el Ministerio Público o a la Policía Boliviana, de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 284 y demás artículos relacionados del Código de Procedimiento Penal, adjuntando la documentación que respalde la denuncia.
- II. La APS, a requerimiento del Ministerio Público, deberá coadyuvar en aspectos técnicos en materia de seguros.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA.-

- I. El plazo para la elección y acreditación de los primeros síndicos y suplentes del FPA, no excederá el término de treinta (30) días hábiles administrativos a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.
- II. La elección y acreditación de los síndicos siguientes, deberá realizarse con anticipación de al menos diez (10) días hábiles administrativos del vencimiento del mandato de los síndicos salientes, cumpliendo el mismo procedimiento previsto en el Artículo 11 del presente Decreto Supremo.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA.- En el plazo de treinta (30) días hábiles administrativos a partir de la publicación del presente Decreto Supremo, la APS emitirá la Resolución Administrativa que disponga la inclusión de la cláusula de adhesión establecida en el Artículo 2 del presente Decreto Supremo.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA TERCERA.- El pago del primer aporte, establecido en el Parágrafo IV del Artículo 15 del presente Decreto Supremo, corresponderá al trimestre vencido al 30 de septiembre de 2014.

El señor Ministro de Estado en el Despacho de Economía y Finanzas Públicas, queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los dieciocho días del mes de junio del año dos mil catorce.

FDO. EVO MORALES AYMA, David Choquehuanca Céspedes, Juan Ramón Quintana Taborga, Carlos Gustavo Romero Bonifaz, Rubén Aldo Saavedra Soto, Elba Viviana Caro Hinojosa, Juan José Hernando Sosa Soruco, Ana Teresa Morales Olivera, Arturo Vladimir Sánchez Escobar, Felix Cesar Navarro Miranda, Elizabeth Sandra Gutierrez Salazar, Daniel Santalla Torrez, Juan Carlos Calvimontes Camargo, José Antonio Zamora Gutiérrez, Roberto Iván Aguilar Gómez, Nemesia Achocollo Tola MINISTRA DE DESARROLLO RURAL Y TIERRAS E INTEGRINA DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS, Claudia Stacy Peña Claros, Nardy Suño Iturry, Pablo Cesar Groux Canedo, Amanda Dávila Torres, Tito Rolando Montaña Rivera.



RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 663

DE 01 DE JULIO DE 2021

REGLAMENTO PARA ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD Y ENTIDADES ASEGURADORAS DE PERSONAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PREPAGO DE SALUD

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I OBJETO DEL REGLAMENTO ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

Artículo 1. (Objeto).- El presente Reglamento, tiene por objeto establecer los requisitos para la Constitución y Funcionamiento de Entidades de Prepago de Salud y regular el procedimiento que se debe cumplir; así como la adecuación de Sociedades Comerciales y Entidades Aseguradoras de Seguro de Personas habilitadas, para ofertar y prestar Servicios de Prepago de Salud.

Artículo 2. (Ámbito de Aplicación).- I. El presente Reglamento es de cumplimiento y aplicación obligatoria, para:

1. Sociedades Anónimas que se constituyan, para prestar Servicios de Prepago de Salud.
 2. Sociedades Anónimas, que con anterioridad a la puesta en vigencia del presente Reglamento, estén constituidas para ofertar y prestar servicios generales de salud a la población, para que se adecuen y presten exclusivamente Servicios de Prepago de Salud.
 3. Todas las Sociedades Comerciales que con anterioridad a la puesta en vigencia del presente Reglamento no sean Sociedades Anónimas, y estén constituidas para ofertar y prestar servicios generales de salud a la población, para que se puedan adecuarse y presten exclusivamente Servicios de Prepago de Salud.
 4. Sociedades Comerciales que a la emisión del presente Reglamento, están prestando Servicios de Prepago de Salud (no autorizados por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS), para que se adecuen y continúen prestando dichos Servicios.
 5. Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas legalmente constituidas y autorizadas para operar en el Mercado de Seguros de Bolivia o aquellas que estén por constituirse; y que deseen prestar Servicios de Prepago de Salud.
- II. Para la intermediación de Planes de Servicio prepago de Salud:

1. Corredoras de Seguros, que deseen participar en intermediar la comercialización de Servicios de Prepago de Salud.
2. Agentes de Seguros, que pertenecen a las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas para la comercialización de Servicios de Prepago de Salud.

Artículo 3. (Entidades Excluidas).- Quedan excluidas de supervisión y regulación por parte de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, las siguientes Entidades:

1. Centros de Asistencia Social de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia.
2. Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo.
3. Instituciones Sin Fines de Lucro, que provean Servicios de Salud, de manera directa o por terceros.
4. Entidades que brindan otro tipo de Servicios de Prepago, que no están relacionados con Servicios de Prepago de Salud.

Artículo 4. (Prohibición).- Ninguna Persona natural o jurídica, prestará Servicios de Prepago de Salud, ni efectuará avisos, publicaciones y/o pondrá en circulación por cualquier medio de comunicación escrito, electrónico u otro, conocido o por conocerse ofertas y noticias que induzca a las personas a contratar dichos Servicios, sin tener Autorización previa de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

Artículo 5. (Definiciones).- A efectos de la aplicación del presente Reglamento, se establece las siguientes definiciones de carácter descriptivo, más no limitativo:

- **CONTRATANTE.**- Persona natural o jurídica que contrata con la Entidad de Prepago de Salud o con las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas para la prestación de un determinado Servicio Prepago de Salud similar al Seguro.
- **CONTRATO DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD.**- Documento que instrumenta y materializa la contratación de un Plan Prepago de Salud; por el cual, una Entidad autorizada al efecto, se obliga a prestar determinado (s) Servicio (s) por un tiempo determinado, a otra (s) persona (s) (Contratante y/o Usuario), a cambio del cobro de una Tarifa de pago Anticipado.
- **ENTIDAD DE PREPAGO DE SALUD.**- Es la Entidad que compromete la prestación de un servicio a favor de personas que aleatoriamente puedan requerirlo, contra el pago de una tarifa anticipada.

- **PLAN DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD.-** Descripción estructurada de Servicios de Prepago de Salud, que explicará la naturaleza (directa, mixta o indirecta), el Tipo (integral o parcial), la enunciación o enumeración, contenido y alcance de los mismos; diseñados por la Entidad Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Personas habilitada para Servicios a requerimiento o no de sus Contratantes y/o Usuarios.
- **SOCIEDAD COMERCIAL.-** Persona Jurídica inscrita en el Registro de Comercio, que tiene por objeto la realización de actos de comercio o la realización de una actividad sujeta al Derecho Comercial; pudiendo estar constituida como cualquiera de los tipos societarios establecidos en el Código de Comercio.
- **TARIFA ANTICIPADA.-** Precio establecido en el Contrato de Servicio Prepago de Salud, equivalente en dinero, que debe ser cancelado por el Contratante (del Servicio Prepago de salud similar al Seguro) a la Entidad de Prepago de Salud o Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, de manera previa al consumo o uso del Servicio contratado.
- **USUARIO.-** Persona natural, que de acuerdo a lo establecido en el Contrato de Servicio Prepago de Salud, es quien puede consumir la Prestación o Servicio contratado, pudiendo adquirir la cualidad de Titular (si es el Contratante) y/o Beneficiario (si no es quien contrató el Servicio Prepago de Salud).
- **EMERGENCIA MEDICA.-** Situación crítica de peligro evidente para la vida de una persona, producida por un accidente o síntomas agudos y/o severos que requiere la asistencia médica de forma urgente, de tal modo que la falta de atención médica inmediata podría arriesgar la vida de la persona o el deterioro de sus funciones vitales.
- **NOTA TÉCNICA:** Documento que expresa la determinación de la tarifa anticipada de acuerdo a bases técnicas, siguiendo los principios de equidad y suficiencia.

CAPÍTULO II

SERVICIO PREPAGO DE SALUD

Artículo 6. (Naturaleza del Servicio Prepago de Salud).- El Servicio Prepago de Salud, es toda prestación destinada a la atención y/o tratamiento de la salud, que una Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada, se obliga a prestar a sus Contratantes y/o Usuarios, quienes a su vez se obligan al pago de una suma de dinero (Tarifa Anticipada) como contraprestación del Servicio a ser prestado por dicha Entidad, el cual puede o no ser consumido durante la vigencia del Contrato de Servicio Prepago de Salud.

Esta prestación del servicio se clasifica en:

1. Directa.
2. Mixta.
3. Indirecta.

Artículo 7. (Servicio de Prepago de Salud Directa).- El servicio de prepago de salud es Directa, cuando el servicio es prestado o brindado de forma directa por la misma Entidad de Prepago de Salud, utilizando medios de su propiedad y/o recursos humanos de su dependencia, para este fin.

De forma eventual y excepcionalmente podrán contratar los servicios y/o bienes de terceros, en caso de requerir atención o estudios especializados que la Entidad de Prepago de Salud no posea o por fuerza mayor o caso fortuito, o si los tendrían pero la maquinaria o equipos están dañados.

Artículo 8. (Servicio de Prepago de Salud Mixta).- El servicio de prepago de salud es Mixta, cuando se unen los servicios de prepago de salud Directa e Indirecta, por lo que para la prestación del servicio podrán contratar los bienes y/o servicios de terceros y; alternatively, utilizar medios de su propiedad y/o recursos humanos de su dependencia.

Artículo 9. (Servicio Prepago de Salud Indirecta).- El servicio de prepago de salud es Indirecta, cuando para su prestación se debe contratar los bienes y/o servicios de terceros; es decir, la prestación del servicio únicamente se otorga por intermedio de Personas Jurídicas o Naturales distintas a la Entidad de Prepago de Salud; entrando en esta categoría las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas para prestar el servicio de prepago de salud.

TÍTULO II CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO

CAPÍTULO I REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE CONSTITUCIÓN

Artículo 10. (Objeto Social).- Las Sociedades Anónimas que se constituyan para prestar Servicios de Prepago de Salud, a partir de la puesta en vigencia del presente Reglamento, deben contemplar expresamente en sus Instrumentos Constitutivos el Objeto Social exclusivo de prestar Servicios de Prepago de Salud.

Artículo 11. (Requisitos para la Autorización de Constitución).- Las Sociedades Anónimas que se constituyan para prestar Servicios de Prepago de Salud, antes de inscribirse en el Registro de Comercio, deben solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, la Autorización de Constitución como Entidad de Servicio Prepago de Salud, presentando la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.
2. Documentación Legal:
 - 2.1. Copia Legalizada del Testimonio de Poder del (de los) Representante (s) Legal (es) de la Sociedad, que contenga el Acta de su nombramiento por los Socios, con facultades para representar a la Sociedad Anónima.
 - 2.2. Copia Legalizada del Acta de Fundación de la Sociedad Anónima, que contenga la Resolución de Aprobación de los Estatutos y designación Provisional del Directorio.
 - 2.3. Nómina de los Integrantes del Directorio Provisional.
 - 2.4. Proyecto de Escritura y/o Instrumento de Constitución de la Sociedad Anónima y Estatutos.

El señalado proyecto debe incluir la obligación de los socios accionistas de pagar el Capital Social en el plazo y forma que estipulan los contratos individuales de suscripción de acciones, establecido en Anexo III.
 - 2.5. Copia del Formulario Virtual de Consulta de nombre, extendido por el Registro de Comercio.
3. Estudio de Factibilidad Económico y Financiero, el cual mínimamente deberá contener la información establecida en Anexo I.
 - 3.1. Las inversiones deberán estar sujetas a lo establecido en el Capítulo III del Título VI del presente Reglamento.
4. Documentación concerniente a cada uno de los Socios:
 - 4.1. Copia simple de su Cédula de Identidad, acompañada de la Certificación Original vigente de la Cédula de Identidad emitida por el SEGIP o copia simple del documento de identificación (Pasaporte o Documento Nacional de Identificación - DNI) para extranjeros.
 - 4.2. Original de Certificado de Solvencia Fiscal de cada socio, emitido por la Contraloría General del Estado o Autoridad Extranjera cuando corresponda.

- 4.3. Original de Certificado del Registro de Comercio, de no tener Sentencia Judicial de inhabilitación para ejercer el comercio.
- 4.4. Original de Contratos Individuales de suscripción de acciones, que deben incluir el texto descrito en el Anexo III, sobre el pago de capital social mínimo.
- 4.5. Original de Certificado de Antecedentes Penales, emitido por Registro Judicial de Antecedentes Penales (REJAP), el cual acredite no tener antecedentes penales con Sentencia Ejecutoriada.
- 4.6. Hoja de Vida documentada.
- 4.7. Dirección y/o ubicación de domicilio particular, números telefónicos (fijo y/o celular), fax y correo electrónico.
- 4.8. Original de Declaración Jurada ante Notario de Fe Pública, haciendo constar que no se encuentra en ninguna de las prohibiciones establecidas en el Artículo 9 de la Ley de Seguros N° 1883.
- 4.9. Original de Declaración Jurada Patrimonial de Bienes, indicando la procedencia de los bienes, activos y/o recursos que formarán parte del Capital Social.

Las Certificaciones y Declaraciones Juradas requeridas, no deben tener una antigüedad mayor a tres (3) meses desde la fecha de su emisión a la fecha de presentación a la APS.

5. Copia simple de las publicaciones de Aviso Público de Inicio del Trámite de Solicitud de Constitución de Entidad de Prepago de Salud ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, según formato (en Anexo IV), realizadas por tres (3) días, con un intervalo de un (1) día por medio, en un Medio de Comunicación Escrito de circulación nacional; cuya antigüedad de la primera publicación, no supere los cinco (5) días hábiles administrativos a la fecha de presentación de la documentación de Solicitud de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud.

Artículo 12. (Empresas Extranjeras).- Las Empresas Extranjeras, para prestar Servicios de Prepago de Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia, deben cumplir con la presentación de la documentación prevista en el Artículo precedente, observando lo establecido en el Artículo 413 y siguientes del Código de Comercio.

Artículo 13. (Objeción de Terceros).

- I. Realizada las publicaciones de Aviso al Público de Inicio del Trámite de Solicitud de Constitución de Entidad de Prepago de Salud ante la APS, señaladas en el punto 5 del Artículo 11 del presente Reglamento, toda persona que tenga alguna objeción u oposición para la Constitución o Ade-

cuación de la Entidad de Prepago de Salud por los Solicitantes, referida al cumplimiento de cualquiera de los requisitos establecidos en el presente Reglamento, podrá hacerla conocer a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS dentro los veinticinco (25) días hábiles administrativos siguientes a la fecha de la última publicación, adjuntando a su nota pruebas concretas y fehacientes que demuestren su objeción.

- II. Presentada la solicitud de Autorización de Constitución de Entidad de Prepago de Salud, la APS pondrá en conocimiento de los Solicitantes o su Representante Legal toda objeción presentada por terceros, para que en el plazo de cinco (5) días hábiles administrativos siguientes a su notificación presenten sus descargos.

Artículo 14. (Evaluación de la documentación y plazo de pronunciamiento).-Presentada la documentación señalada en el Artículo 11 del presente Reglamento, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, revisará la misma, junto a las objeciones de terceros y descargos presentados (de haber), debiendo pronunciarse en los siguientes treinta y cinco (35) días hábiles administrativos, computables desde el día siguiente hábil de la fecha de presentación de la solicitud, emitiendo la respectiva Resolución Administrativa de Autorización o Rechazo de Constitución.

Artículo 15. (Autorización de Constitución de Entidad de Prepago de Salud).-

- I. Si la solicitud de Autorización de Constitución y/o sus documentos presentados no reúne los requisitos legales esenciales, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS requerirá mediante nota al interesado, para que en un plazo no superior a cinco (5) días subsane la deficiencia o acompañe los documentos y/o información requerida, con indicación de que, si así no lo hiciera, se dictará resolución de rechazo.
- II. De no existir observación alguna en la documentación e información presentada, ni fundamento en las objeciones realizadas por terceros (de haber), la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente, autorizando la Constitución de la Entidad de Prepago de Salud, otorgando a los solicitantes un plazo de hasta ciento veinte (120) días hábiles administrativos para que presenten la documentación requerida en el Artículo 17 del presente Reglamento solicitando la Autorización de Funcionamiento; haciendo constar que, la presentación de la Solicitud de Autorización de Funcionamiento fuera de plazo o la no presentación de la misma, dará lugar a la emisión de una Resolución Administrativa que Revoque la Autorización de Constitución otorgada concluyendo el trámite; situación en la cual, los Solicitantes podrán tramitar nuevamente la Autorización de Constitución.

Artículo 16. (Rechazo de Constitución de Entidad de Prepago de Salud).- La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, rechazará mediante Resolución Administrativa fundamentada la Solicitud de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud, cuando:

1. No subsane la deficiencia o acompañe toda la documentación y/o información requerida en el Artículo 11 del presente Reglamento.
2. Los solicitantes habiendo presentado la documentación y/o información requerida en el Artículo 11 del presente Reglamento, o su contenido no cumpla con lo requerido.
3. Encuentre fundada las objeciones presentadas por terceros referidas al cumplimiento de cualquiera de los requisitos establecidos en el presente Reglamento.

CAPÍTULO II

REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO

PARA LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

Artículo 17. (Requisitos para la Autorización de Funcionamiento).- Una vez que la Sociedad Anónima haya obtenido la Resolución Administrativa de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud y esté inscrita en el Registro de Comercio, dentro el plazo establecido, debe solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS la Autorización de Funcionamiento, presentando la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud de Autorización de Funcionamiento, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
2. Documentación Legal de la Entidad de Prepago de Salud:
 - 2.1. Copia Legalizada de Poder del (de los) Representante (s) Legal (es) de la Entidad que prestará los Servicios de Prepago de Salud, registrada en el Registro de Comercio, acompañado de copia simple de su (s) Cédula de Identidad y Certificación original vigente de su Cédula de Identidad emitida por el SEGIP.
 - 2.2. Original o Copia legalizada de la Matrícula de inscripción en el Registro de Comercio.
 - 2.3. Testimonio de la Escritura Pública de Constitución Social de la Entidad de Prepago de Salud, en original o fotocopia legalizada legible, con la inserción del Acta de Fundación de la Sociedad, que

contenga la Resolución de Aprobación de Estatutos y designación del Directorio, debidamente registrado en el Registro de Comercio.

El Testimonio de la Escritura Pública de Constitución debe incluir la obligación para que los socios accionistas paguen el Capital Social en el plazo y forma que estipulan los contratos individuales de suscripción de acciones.

- 2.4. Estatuto de la Entidad de Prepago de Salud y sus modificaciones (de existir), el mismo que puede ser insertado en la Escritura Constitutiva o instrumentalizado por separado en un Testimonio Notarial.
 - 2.5. Publicación del Testimonio de la Escritura Pública de Constitución conforme normativa del Registro de Comercio.
 - 2.6. Copia Legalizada del Acta de Posesión del Directorio.
 - 2.7. Detalle de la estructura societaria, indicando nombres, porcentajes de participación, domicilio y nacionalidad de los Socios.
 - 2.8. Copia legalizada o emisión electrónica del Certificado de Inscripción al Padrón nacional de Contribuyentes.
 - 2.9. Original de Certificado de Solvencia Fiscal de la Entidad de Prepago de Salud, emitido por la Contraloría General del Estado, cuya antigüedad no supere los tres (3) meses.
 - 2.10. Copia legalizada de la Licencia de Funcionamiento, emitida por el Gobierno Autónomo Municipal en el cual se encuentre la Oficina Central.
 - 2.11. El Balance Inicial debe estar firmado por el Representante Legal y el Profesional que intervino, debidamente documentado, adjuntando además el Balance Inicial Auditado por una Firma de Auditoría Externa registrada ante esta Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, acompañando la respectiva solvencia profesional original otorgada por el Colegio de Contadores o Auditores, el mismo que cumplirá las reglas del artículo 38 del presente Reglamento. La antigüedad del Balance Inicial Auditado no debe ser mayor a dos (2) meses desde su emisión hasta la presentación a esta Autoridad.
3. Documentación concerniente a cada uno de los miembros del Directorio, en caso que los socios no fueran miembros del Directorio o no hubiesen presentado esta documentación en el proceso de constitución:
 - 3.1. Copia simple de la Cédula de Identidad, acompañada de la Certificación Original vigente de la Cédula de Identidad emitida por

el SEGIP o copia simple del documento de identificación (Pasaporte o DNI) para extranjeros.

- 3.2. Original de Certificado del Registro de Comercio, de no tener Sentencia Judicial de inhabilitación para ejercer el comercio, cuya fecha de emisión no sea mayor a tres (3) meses.
- 3.3. Original de Declaración Jurada ante Notario de Fe Pública, haciendo constar que no se encuentra en ninguna de las prohibiciones establecidas en el Artículo 310 del Código de Comercio, cuya antigüedad no supere los tres (3) meses.
- 3.4. Original de Certificado de Registro de Fianza emitido por el Registro de Comercio, acompañado de una copia simple de la Fianza; haciéndose notar que la Fianza debe estar conforme lo señalado en el Artículo 18 del Presente Reglamento.
4. Documentación e información para la operativa de la Entidad de Prepago de Salud:
 - 4.1. Domicilio legal, teléfonos y sitio web.
 - 4.2. Copia simple del Folio Real del bien inmueble donde funcionará la Oficina Central (de ser de su propiedad) o contrato de arrendamiento o anticresis que acredite la posesión del mismo.
 - 4.3. Dirección de todas las oficinas administrativas de la Entidad de Prepago de Salud y Centro(s) de Salud donde prestará el Servicio.
 - 4.4. Manuales Operativos, que incluyan los procedimientos: de la actividad de Servicios de Prepago de Salud; y los de Control y Detección de LGI/FT (Legitimación de Ganancias Ilícitas y/o Financiamiento al Terrorismo).
 - 4.5. Proyectos de Contratos de Servicio Prepago de Salud, anexos y formularios, con los que iniciará actividades, para su correspondiente Registro.
 - 4.6. Nota Técnica, conforme a Anexo II.
 - 4.7. Compromiso de presentación de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil suscrito por el Representante Legal, conforme lo señalado en el Artículo 19 del presente Reglamento.
 - 4.8. Documentación que respalde la existencia, condiciones de infraestructura, equipamiento adecuado que garantice la prestación del Servicio Prepago de Salud similar al Seguro, autorizaciones y licencias de funcionamiento vigentes de acuerdo al servicio prestado, emitidas por Autoridad competente.

Las Certificaciones y Declaraciones Juradas requeridas, no deben tener una antigüedad mayor a tres (3) meses desde la fecha de su emisión a la fecha de presentación a la APS.

La presentación de la Solicitud de Autorización de Funcionamiento fuera de plazo o la no presentación de la misma, dará lugar a la emisión de una Resolución Administrativa que Revoque la Autorización de Constitución otorgada. En caso que los solicitantes mantuvieran su interés de Constitución de la Entidad de Prepago de Salud, deberán tramitar nuevamente la Autorización de Constitución.

Artículo 18. (Fianza).- Todo Director Titular y Suplente, Sindico, Gerente y Administrador de la Entidad de Prepago de Salud, debe constituir, antes del inicio de sus funciones y mantener vigente durante el tiempo de las mismas, una Fianza destinada a garantizar las responsabilidades emergentes del desempeño de su cargo, por un valor equivalente a veinticuatro (24) meses del sueldo total más alto pagado en la Entidad de Prepago de Salud, sin considerar descuentos de Ley; la cual debe estar inscrita en el Registro de Comercio.

Artículo 19. (Póliza de Seguro).-

- I. Una vez obtenida la Resolución de Autorización de Funcionamiento, las Entidades de Prepago de Salud para prestar Servicios de Prepago de Salud, deben presentar y mantener una Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil que cobertura los daños emergentes de los servicios prestados a sus Contratantes y/o Usuarios en el ejercicio de sus actividades u operaciones, con un valor asegurado de USD.500.000,00.- (Quinientos Mil Dólares Estadounidenses 00/100) o su equivalente en moneda nacional, la misma debe estar vigente en todo momento.
- II. La presentación de la renovación de la Póliza de Seguro señalada en parágrafo precedente, a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, debe realizarse como mínimo un (1) mes antes de la fecha de su vencimiento.

Artículo 20. (Evaluación y pronunciamiento sobre la Solicitud de Autorización de Funcionamiento).- Presentada la documentación señalada en el Artículo 17 del presente Reglamento, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS, revisará la misma, debiendo pronunciarse dentro los veinte (20) días hábiles administrativos siguientes a la presentación de la solicitud, emitiendo la respectiva Resolución Administrativa de Autorización o Rechazo de Funcionamiento, o en su caso observando la documentación y/o información presentada.

Artículo 21. (Observaciones a la documentación).-

- I. Si de la evaluación realizada a la documentación y/o información presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS encontrará observaciones, comunicará las mismas por escrito a los solicitantes o su Representante Legal; pudiendo, de ser necesario, solicitar la aclaración, ampliación o complementación de dicha documentación y/o información, otorgándoles para el efecto, un plazo no menor a diez (10) ni mayor a noventa (90) días hábiles administrativos para su regularización y/o presentación.
- II. Los solicitantes o su Representante Legal, antes de vencido el plazo otorgado, pueden solicitar por una (1) sola vez la ampliación del mencionado plazo, adjuntando los respaldos necesarios que justifiquen su solicitud.
- III. Habiéndose subsanado las observaciones realizadas, una vez presentada la documentación y/o información, nuevamente se computará los veinte (20) días hábiles administrativos para que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS se pronuncie.
- IV. La entrega, fuera del plazo otorgado, a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS de la documentación y/o información complementaria solicitada que subsane las observaciones realizadas, será considerada como no presentada.

Artículo 22. (Autorización de Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud).-

- I. Si no existiera ninguna observación o causal de rechazo en la solicitud de Autorización de Funcionamiento presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente que: Autorice el Funcionamiento de la Entidad de Prepago de Salud para la prestación de Servicios de Prepago de Salud, inscriba su inscripción en Registro del Mercado de Seguros (RMS) y le asigne un Código de Entidad de Prepago de Salud.
- II. La Autorización de Funcionamiento, caducará automáticamente si la Entidad de Prepago de Salud no inicia sus operaciones dentro los siguientes noventa (90) días hábiles administrativos de haber sido notificada con la Resolución Administrativa de Autorización de Funcionamiento; debiendo la Entidad de Prepago de Salud tramitar nuevamente la Autorización de Funcionamiento.
- III. Adicionalmente a la Autorización de Funcionamiento, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente de Registro del (de los) Contrato (s) de Servicio (s) Prepago de Salud con los que iniciará actividades; o en su caso

observará el Proyecto de Contrato y/o la Nota Técnica remitida, siguiéndose el procedimiento establecido en el Artículo 69 del presente Reglamento.

Artículo 23. (Rechazo de Solicitud de Autorización de Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud).

- I. La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS rechazará mediante Resolución Administrativa fundamentada la solicitud de Autorización de Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud, cuando se presente cualquiera de las siguientes causales:
 1. No se cumpla con cualquiera de los requisitos establecidos en el Artículo 17 del presente Reglamento.
 2. La Empresa en formación, a través de su Representante Legal, en el plazo otorgado, no subsanen la (s) observación (es) realizada (s) y/o no presenten la documentación y/o información adicional requerida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
 3. De la revisión realizada a la documentación y/o información presentada, adicional o subsanada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS determine que la misma es inexacta, incompleta o contradictoria.
 4. No se cumpla con el Capital Mínimo Requerido por Ley, equivalente en bolivianos conforme al artículo 38 del presente reglamento, señalado en el Balance Auditado, Escritura Pública y Constitución y Estatutos Sociales o con el pago comprometido en la forma y plazo establecido en los Contratos Individuales de Suscripción de Acciones.
- II. La Empresa en formación, a través de su Representante Legal, dentro los ciento veinte (120) días hábiles administrativos siguientes a la notificación con la Resolución Administrativa de Rechazo, podrán solicitar nuevamente la Autorización de Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud adjuntando la documentación requerida para el efecto; de lo contrario, pasado el tiempo señalado, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, emitirá la Resolución Administrativa revocando la Autorización de Constitución otorgada.

Artículo 24. (Condiciones Posteriores).-

- I. Las Entidades de Prepago de Salud constituidas, autorizadas para la prestación de Servicios de Prepago de Salud e inscritas en Registro del Mercado de Seguros (RMS), deben mantener en todo momento como mínimo las condiciones y/o requisitos que dieron lugar a su Autorización de Constitución y Funcionamiento como Entidad de Prepago de Salud.

- II. Cualquier cambio o modificación que afecte las condiciones y/o requisitos que dieron lugar a su Autorización de Constitución, Inscripción en el Registro de Comercio y/o Autorización de Funcionamiento, debe ser reportado dentro los siguientes dos (2) días hábiles administrativos de producirse a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, Autoridad que se pronunciará en los siguientes quince (15) días hábiles administrativos de conocido el hecho, sobre el cambio o modificación efectuado.

TÍTULO III

ADECUACIÓN DE SOCIEDADES COMERCIALES A ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD

CAPÍTULO I

REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN DE ADECUACIÓN A ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD

Artículo 25 (Adecuación de Tipo Societario).- Las Sociedades Comerciales que prestan Servicios de Prepago de Salud y/o Servicios Generales de Salud, que no estén constituidas como Sociedad Anónima; antes de proceder con la Transformación de Tipo Societario a Sociedad Anónima deben:

1. Solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, la Autorización de Adecuación a Entidad de Prepago de Salud.
2. Para proceder a la Transformación de Tipo Societario a Sociedad Anónima, debe tomar en cuenta los requisitos y procedimiento establecidos en los Artículos 27 al 30 del presente Reglamento; y posteriormente gestionar la Autorización de Funcionamiento.

Artículo 26. (Adecuación de Objeto Social).- Toda Sociedad Comercial constituida con anterioridad a la puesta en vigencia del presente Reglamento, que presta Servicios de Prepago de Salud y/o Servicios Generales de Salud; y que no tenga como Objeto Social la prestación de Servicios de Prepago de Salud, adicionalmente a la modificación de tipo societario descrita en el artículo 25 (si corresponde), deben adecuar el Objeto Social en sus documentos constitutivos y posteriormente solicitar la Autorización de adecuación, tomando en cuenta los requisitos y procedimiento señalados en el Artículo 27 y 28 del presente Reglamento.

Artículo 27. (Documentación para solicitud de Autorización de Adecuación de Tipo Societario y/u Objeto Social).- Las Sociedades Comerciales, para obtener la Autorización de Adecuación de Tipo Societario y/u Objeto Social para prestar Servicios de Prepago de Salud, deben presentar a la Autoridad Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, la siguiente documentación y/o

información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud de Autorización de Adecuación de Tipo Societario y/u Objeto Social, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
2. Documentación Legal:
 - 2.1. Copia Legalizada del Testimonio de Poder del (de los) Representante (s) Legal (es) de la Sociedad Comercial solicitante, inscrita en el Registro de Comercio, acompañado de copia simple de la (s) Cédula (s) de Identidad y Certificación original vigente de la Cédula de Identidad emitida por el SEGIP.
 - 2.2. Proyecto de Escritura Pública de Transformación a Sociedad Anónima y del Objeto Social exclusivo para Servicios de Prepago de Salud (según corresponda) o texto que irá a reemplazar, aclarar o complementar la Escritura de Constitución y Estatutos.
 - 2.3. Detalle de la estructura societaria, indicando nombres, porcentajes de participación, domicilio y nacionalidad de los Socios.
3. Estudio de Factibilidad Económico y Financiero, el cual mínimamente deberá contener la información establecida en Anexo I.
4. Certificado de Solvencia Fiscal de la Sociedad Comercial emitido por la Contraloría General del Estado, actualizado.
5. Información concerniente a cada uno de los Socios:
 - 5.1. Copia simple de su Cédula de Identidad, acompañada de la Certificación Original vigente de la misma emitida por el SEGIP o copia simple del documento de identificación (Pasaporte o Documento Nacional de Identificación - DNI) para extranjeros.
 - 5.2. Original de Certificado de Solvencia Fiscal de cada socio, emitido por la Contraloría General del Estado o Autoridad Extranjera, cuando corresponda.
 - 5.3. Original de Certificado de Registro de Comercio, de no tener Sentencia Judicial de inhabilitación para ejercer el comercio.
 - 5.4. Original de Certificado de Antecedentes Penales, emitido por Registro Judicial de Antecedentes Penales (REJAP), el cual acredite no tener antecedentes penales con Sentencia Ejecutoriada.
 - 5.5. Hoja de Vida documentada.
 - 5.6. Dirección y/o ubicación de Domicilio particular, números telefónicos (fijo y/o celular), fax y correo electrónico.

- 5.7. Original de Declaración Jurada ante Notario de Fe Pública, haciendo constar que no se encuentra en ninguna de las prohibiciones establecidas en el Artículo 9 de la Ley de Seguros N° 1883.
- 5.8. Original de Declaración Jurada Patrimonial de Bienes, indicando la procedencia de los bienes, activos y/o recursos que formarán parte del Capital Social.

Las Certificaciones y Declaraciones Juradas requeridas, no deben tener una antigüedad mayor a tres (3) meses desde la fecha de su emisión a la fecha de presentación a la APS.

6. Copia simple de las publicaciones de Aviso Público de Inicio del Trámite de Solicitud de Adecuación de Entidad de Prepago de Salud ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, según formato (Anexo IV), realizadas por tres (3) días, con un intervalo de un (1) día por medio, en un Medio de Comunicación Escrito de circulación nacional; cuya antigüedad de la primera publicación, no supere los cinco (5) días hábiles administrativos a la fecha de presentación de la documentación de Solicitud de Autorización de Constitución como Entidad de Prepago de Salud.

Artículo 28. (Procedimiento para la obtención de Autorización de adecuación como Entidad de Prepago de Salud).- Para la obtención de la Resolución Administrativa de Autorización de Adecuación de Tipo Societario y/u Objeto Social para la prestación de Servicios de Prepago de Salud, se seguirá el procedimiento establecido en los Artículos 13 al 16 del presente Reglamento.

CAPÍTULO II

REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EMPRESAS ADECUADAS A ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD

Artículo 29. (Requisitos para la Autorización de Funcionamiento).- La Sociedad Anónima que haya obtenido la Autorización de Adecuación y que este inscrita en el Registro de Comercio con el Objeto Social exclusivo para prestar Servicios de Prepago de Salud, para poder prestar dichos Servicios, debe solicitar la Autorización de Funcionamiento a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, presentando la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañado de una copia simple de la misma.

1. Solicitud de Autorización de Funcionamiento, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

2. Documentación Legal de la Entidad de Prepago de Salud:
 - 2.1. Copia Legalizada de Poder del (de los) Representante (s) Legal (es) de la Entidad que prestará los Servicios de Prepago de Salud, registrada en el Registro de Comercio, acompañado de copia simple de la (s) Cédula de Identidad y Certificación Original vigente de su Cédula de Identidad emitida por el SEGIP.
 - 2.2. Original o Copia Legalizada de la Matrícula de inscripción en el Registro de Comercio.
 - 2.3. Testimonio de la Escritura Pública de Constitución (Modificación, Transformación, Aclaración), en original o fotocopia legalizada legible, que contenga la transcripción del Acta de Asamblea de Socios o Junta de Accionistas en la que conste la aprobación de la modificación constitutiva o transformación de la Sociedad (para Sociedades Comerciales que se hayan transformado a Sociedades Anónimas).
 - 2.4. Estatuto de la Entidad de Prepago de Salud y sus modificaciones (de existir), el mismo que puede ser insertado en la Escritura Constitutiva o instrumentalizado por separado en un Testimonio Notarial.
 - 2.5. Copia Legalizada del Acta de Posesión del Directorio.
 - 2.6. Detalle de la Estructura Societaria, indicando nombres, porcentajes de participación, domicilio y nacionalidad de los Socios.
 - 2.7. Copia legalizada o emisión electrónica del Certificado de Inscripción al Padrón Nacional de Contribuyentes.
 - 2.8. Original de Certificado de Solvencia Fiscal, emitido por la Contraloría General del Estado, cuya antigüedad no supere los tres (3) meses desde su emisión.
 - 2.9. Copia legalizada de la Licencia de Funcionamiento, emitida por el Gobierno Autónomo Municipal en el cual se encuentre la Oficina Central.
3. Balance Especial, aprobado por los socios o en su caso la junta de accionistas, el cual no debe exponer pérdidas acumuladas y debe estar firmado por el Representante Legal y el Profesional que intervino, adjuntando además el Balance Especial Auditado por una Firma de Auditoría Externa registrada ante esta Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros-APS, acompañando la respectiva solvencia profesional original otorgada por el Colegio de Contadores o Auditores, el mismo que cumplirá las reglas del artículo 38 del presente Reglamento.

La antigüedad del Balance Especial Auditado no debe ser mayor a dos (2) meses desde su emisión hasta la presentación a esta Autoridad.

4. Documentación concerniente a cada uno de los miembros del Directorio, en caso que los socios no fueran miembros del Directorio o no hubiesen presentado esta documentación en el proceso de adecuación:
 - 4.1. Copia simple de su Cédula de Identidad, acompañada de la Certificación Original vigente de la Cédula de Identidad emitida por el SEGIP o copia simple del documento de identificación (Pasaporte o DNI) para extranjeros.
 - 4.2. Original de Certificado del Registro de Comercio, de no tener Sentencia Judicial de inhabilitación para ejercer el comercio, cuya fecha de emisión no sea mayor a tres (3) meses.
 - 4.3. Original de Declaración Jurada ante Notario de Fe Pública, haciendo constar que no se encuentra en ninguna de las prohibiciones establecidas en el Artículo 310 del Código de Comercio, cuya antigüedad no supere los tres (3) meses.
 - 4.4. Original de Certificado de Registro de Fianza emitido por el Registro de Comercio, acompañado de una copia simple de la Fianza; haciéndose notar que la Fianza debe estar conforme lo señalado en el Artículo 18 del Presente Reglamento.
5. Documentación e información para la operación de la Entidad de Prepago de Salud:
 - 5.1. Domicilio legal, teléfonos y sitio web.
 - 5.2. Copia simple del Folio Real del bien inmueble donde funcionará la Oficina Central (de ser de su propiedad) o contrato de arrendamiento o anticresis que acredite la posesión del mismo.
 - 5.3. Dirección de todas las oficinas de la Entidad de Prepago de Salud en el país y Centro(s) de Salud donde prestara el Servicio.
 - 5.4. Manuales Operativos, que incluyan los procedimientos: de la actividad de Servicios de Prepago de Salud; y los de Control y Detección de LGI/FT.
 - 5.5. Proyectos de Contratos de Servicio Prepago de Salud, anexos y formularios, con los que iniciara actividades, para su correspondiente Registro.
 - 5.6. Nota Técnica, conforme a Anexo II.
 - 5.7. Compromiso de presentación de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil suscrito por el Representante Legal, conforme lo señalado en el Artículo 19 del presente Reglamento.

- 5.8. Documentación que respalde: la existencia, condiciones de infraestructura, equipamiento adecuado que garantice la prestación del Servicio Prepago de Salud similar al Seguro, autorizaciones y licencias de funcionamiento vigentes de acuerdo al servicio prestado, emitidas por Autoridad competente.

Las Certificaciones y Declaraciones Juradas requeridas, no deben tener una antigüedad mayor a tres (3) meses desde la fecha de su emisión a la fecha de presentación a la APS.

La presentación de la Solicitud de Autorización de Funcionamiento fuera de plazo o la no presentación de la misma, dará lugar a la emisión de una Resolución Administrativa que Revoque la Autorización de Adecuación otorgada. En caso que los solicitantes mantuvieran su interés de Constitución de la Entidad de Prepago de Salud, deberán tramitar nuevamente la Autorización de Constitución.

Artículo 30. (Procedimiento para la obtención de Autorización de Funcionamiento).- Para la obtención de la Resolución Administrativa de Autorización de Funcionamiento de Sociedades Comerciales adecuadas a Entidades de Prepago de Salud, se seguirá el procedimiento establecido en los Artículos 20 al 24 del presente Reglamento.

TÍTULO IV

HABILITACIÓN DE ENTIDADES ASEGURADORAS DE SEGUROS DE PERSONAS PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SERVICIOS PREPAGO DE SALUD

CAPÍTULO I

AUTORIZACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN PARCIAL DE SU ESCRITURA DE CONSTITUCIÓN

Artículo 31. (Objeto Social).- Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas, debidamente Autorizadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, podrán prestar Servicios de Prepago de Salud, cuando dicha actividad este expresamente contemplada en su Objeto Social.

Artículo 32. (Adecuación de Objeto Social).-

- I. Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que no contemplen dentro su Objeto Social el prestar Servicios de Prepago de Salud, antes de proceder con la modificación, aclaración y/o complementación del Objeto Social en sus Instrumentos Constitutivos ante Registro de Comercio, deben

solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, la Autorización para la Modificación Parcial de su Escritura de Constitución y Estatuto, remitiendo la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud de Autorización para la modificación parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.
 2. Original o copia legalizada de la Escritura Pública del Acta de la Junta General de Accionistas que contenga la aprobación de modificación de la Escritura de Constitución y Estatutos, así como el texto que irá a reemplazar, aclarar o complementar dichos documentos.
- II. Presentada la documentación descrita en el párrafo precedente, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS procederá con su revisión, debiendo pronunciarse en los siguientes diez (10) días hábiles administrativos, emitiendo la Resolución Administrativa de Autorización de Modificación Parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, u observando la documentación presentada.
- III. En caso de existir observaciones, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS comunicará por escrito las mismas a la Entidad Aseguradora de Seguros de Personas solicitante para que las subsane.
- IV. Habiéndose subsanado las observaciones realizadas, una vez presentada la documentación, nuevamente se computarán los diez (10) días hábiles administrativos para que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS se pronuncie.
- V. Si no existiera ninguna observación en la solicitud presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente Autorizando la Modificación Parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, otorgando a la Entidad Aseguradora de Seguros de Personas veinte (20) días hábiles administrativos para que remita la siguiente documentación:
1. Original o copia legalizada del Testimonio de la Escritura Pública de modificación, aclaración y/o complementación a la Escritura de Constitución y/o Estatutos, la misma que debe contener el Acta de su aprobación por la Junta General de Accionistas, debidamente registrada en el Registro de Comercio.
 2. Original de Certificado de Registro de Modificación, emitido por el Registro de Comercio.

CAPÍTULO II

HABILITACIÓN PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD

Artículo 33. (Habilitación de Modalidad y Registro de Contrato de Servicio Prepago).- Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas, para poder ofrecer y comercializar Servicios de Prepago de Salud, por única vez, a tiempo de solicitar el Registro del primer Contrato de Servicio de Prepago, deben pedir la Habilitación de la Modalidad “Servicios Prepago” registrada bajo el Código “95” en el Documento de Registro de Pólizas y el Codificador para el Sistema de Registro de Pólizas; el registro y codificación de los Contratos de Servicio Prepago se lo realizará observando los requisitos y procedimiento establecidos en el Artículo 68 y 69 del presente Reglamento.

Artículo 34. (Información al Contratante).- Toda Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitada que ofrezcan y comercialicen Servicios de Prepago de Salud, tienen la obligación de explicar claramente a toda persona, las características propias del Servicio Prepago ofertado y/o contratado; para lo cual, deben disponer de todos los recursos (humanos y físicos), material informativo y medios necesarios, de tal manera que el Contratante tenga conocimiento del Servicio adquirido.

Artículo 35. (Cumplimiento de la normativa vigente).-

- I. Las nuevas Entidades Aseguradoras que se formen para otorgar Seguros de Personas y/o además busquen constituirse para prestar Servicios de Prepago de Salud, sujetarán sus acciones y requisitos a las disposiciones legales de la Ley de Seguros N°1883, su reglamentación y regulación especial de Entidades Aseguradoras, vigente.
- II. Las Entidades citadas en el párrafo precedente, únicamente deben proveer que el objeto social con el que vayan a constituirse, además de otorgar Seguros de Personas, incluya el ramo Servicios de Prepago de Salud y la Habilitación de la Modalidad “Servicios Prepago” registrada bajo el Código “95” en el Documento de Registro de Pólizas y el Codificador para el Sistema de Registro de Pólizas.
- III. Toda Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitada para ofrecer y comercializar Servicios de Prepago de Salud, está obligada a observar y cumplir en todo momento la Normativa Legal y Regulatoria vigente referida a Seguros y Servicios de Prepago de Salud.

TÍTULO V

INTERMEDIACIÓN DE SERVICIOS PREPAGO DE SALUD

Artículo 36. (Objeto Social de las Corredoras de Seguros).-

- I. Las Corredoras de Seguros nuevas que deseen intermediar Servicios de Prepago de Salud, deben tener contemplada dicha actividad dentro el Objeto Social de sus Instrumentos Constitutivos.
- II. Las Corredoras de Seguros constituidas que no tengan dentro el Objeto Social de sus Instrumentos Constitutivos el intermediar Servicios de Prepago de Salud, para poder realizar la señalada actividad, deben incluirlo tomando en cuenta el procedimiento establecido en el Artículo siguiente.

Artículo 37. (Modificación del Objeto Social).-

- I. Las Corredoras de Seguros, antes de proceder con la modificación, aclaración y/o complementación del Objeto Social en sus Instrumentos Constitutivos ante Registro de Comercio, deben solicitar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS la autorización para la modificación parcial de su Escritura de Constitución y Estatuto, remitiendo la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:
 1. Solicitud de Autorización para la modificación parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.
 2. Original o copia legalizada de la Escritura Pública del Acta de Asamblea de Socios o Junta de Accionistas que contenga la aprobación de modificación de la Escritura de Constitución y Estatutos, así como el texto que irá a reemplazar, aclarar o complementar dichos documentos.
- II. Presentada la documentación descrita en el párrafo precedente, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS procederá con su revisión, debiendo pronunciarse en los siguientes diez (10) días hábiles administrativos, emitiendo la Resolución Administrativa de Autorización de Modificación Parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, u observando la documentación presentada.
- III. En caso de existir observaciones, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS comunicará por escrito las mismas a la Corredora de Seguros solicitante para que las subsane.

- IV. Habiéndose subsanado las observaciones realizadas, una vez presentada la documentación, nuevamente se computarán los diez (10) días hábiles administrativos para que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS se pronuncie.
- V. Si no existiera ninguna observación en la solicitud presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente Autorizando la Modificación Parcial de Escritura de Constitución y Estatuto, otorgando a la Corredora de Seguros veinte (20) días hábiles administrativos para que remita la siguiente documentación:
 1. Original o copia legalizada del Testimonio de la Escritura Pública de modificación, aclaración y/o complementación a la Escritura de Constitución y/o Estatutos, la misma que debe contener el Acta de su aprobación por la Junta General de Accionistas, debidamente registrada en el Registro de Comercio.
 2. Original de Certificado de Registro de Modificación, emitido por el Registro de Comercio.

TÍTULO VI

REQUERIMIENTOS DE SOLVENCIA FINANCIERA PARA ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD

CAPÍTULO I

CAPITAL MÍNIMO, MARGEN DE SOLVENCIA Y FONDO DE GARANTÍA

Artículo 38. (Capital Mínimo).-

- I. Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras Seguros de Personas habilitadas, deben tener un Capital Mínimo Suscrito y Pagado de al menos el equivalente a Setecientos Cincuenta Mil Derechos Especiales de Giro (750.000 DEG), el cual debe estar acreditado permanentemente.
- II. Considerando el capital mínimo señalado en el parágrafo I, según la naturaleza de prestación del servicio, se sujetará a las siguientes reglas:
 1. El Capital Mínimo de Entidades de Prepago de Salud con naturaleza de servicio Directa o Mixta, debe estar constituido, mínimamente, por un treinta por ciento (30%) en dinero en efectivo y el porcentaje restante podrá estar integrado por Bienes Inmuebles y Bienes Muebles (maquinaria, equipo e instrumental médico), valuados, no gravados, ni otorgados en prenda o en alquiler y que correspondan a la naturaleza del servicio prestado.

- Los Bienes Inmuebles, para su registro contable, debe cumplir el procedimiento del artículo 47 del presente Reglamento.
- Los Bienes Muebles (maquinaria, equipo e instrumental médico), para su registro contable, debe cumplir el procedimiento del artículo 46 del presente Reglamento.
- 2. El Capital Mínimo de Entidades de Prepago de Salud con naturaleza de servicio Indirecta, debe estar constituida por el cien por ciento (100%) en dinero efectivo.
- 3. Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, se rigen por su normativa reglamentaria y regulatoria especial.
- III. El Capital Mínimo, debe contar con documentación de respaldo que acredite el origen:
 - 1. En dinero efectivo, presentará documento que demuestre en transacciones efectuadas por cada uno de los accionistas a través de Entidades de Intermediación Financiera, de acuerdo al porcentaje de su participación societaria.
 - 2. En bienes muebles e inmuebles, el accionista aportante presentará una declaración patrimonial de su origen.

Artículo 39. (Margen de Solvencia).-

- I. Toda Entidad de Prepago de Salud Directa, Mixta y Entidad de Prepago de Salud Indirecta, debe mantener un Margen de Solvencia cuyo cálculo se lo realizará según lo establecido en el Reglamento que regula los Márgenes de Solvencia y Patrimonio Técnico vigente para Entidades Aseguradoras.
- II. Para la determinación del Margen de Solvencia de los Servicios de Prepago de Salud, aplicando las fórmulas establecidas en la normativa regulatoria señalada en el párrafo precedente, se empleará los siguientes términos en equivalencia:
 - 1. Servicios de Prepago de Salud = Riesgos
 - 2. Servicios Prepago de Salud de Corto Plazo, referidos con prestaciones de Salud y otros = Seguros de Personas de Corto Plazo
 - 3. Tarifa Anticipada Neta Total = Prima Neta Total
 - 4. Monto erogado por la prestación del Servicio Prepago contratado = Siniestro
 - 5. Cálculo Base Tarifas Anticipadas = Cálculo Base Primas
 - 6. Cálculo Base Servicios Prestados = Cálculo Base Siniestros

- III. La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS calculará el Margen de Solvencia, con la información trimestral remitida por la Entidad de Prepago de Salud.
- IV. Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, se rigen por su normativa reglamentaria y regulatoria especial vigente.

Artículo 40. (Cumplimiento de Margen de Solvencia).-

- I. El Margen de Solvencia de las Entidades de Prepago de Salud formará parte de los Recursos de Inversión Requeridos (RIR) y en todo momento debe estar respaldado por la Cartera de Inversiones.
- II. La APS supervisará y evaluará el cumplimiento del Margen de Solvencia conforme al Reglamento que regula los Márgenes de Solvencia y Patrimonio Técnico vigente para Entidades Aseguradoras.

Artículo 41. (Fondo de Garantía).- Las Entidades de Prepago de Salud autorizadas para ofrecer y prestar Servicios de Prepago de Salud, deben constituir un Fondo de Garantía, conforme lo señalado en el Artículo 31 de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883, depositando en una Entidad de Intermediación Financiera Autorizada un monto equivalente 30% del Margen de Solvencia.

CAPITULO II RESERVAS TÉCNICAS

Artículo 42. (Reservas técnicas)

- I. Las Entidades de Prepago de Salud que prestan servicios de manera Directa, Mixta, Indirecta y Entidades Aseguradoras que comercialicen Servicios de Prepago de Salud, tienen la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las siguientes reservas técnicas:

1. Reserva para Riesgos en Curso

La base de cálculo de la Reserva para Riesgos en Curso, corresponde a la Tarifa Anticipada Neta Total por la vigencia del contrato independientemente de la forma de pago pactada, conforme la metodología y factores de Cálculo dispuestos en el Reglamento de Reservas para Riesgos en Curso vigente para Entidades Aseguradoras.

2. Reserva para Servicios Prestados por Pagar

La Reserva para Servicios Prestados por Pagar, corresponde a los gastos incurridos, pero aún no pagados por la prestación total o parcial del Servicio al Usuario (Beneficiario), conforme lo acordado en el contrato suscrito.

3. Reserva de Servicios Prestados y No Reportados o No Conciliados

Esta reserva tiene por objetivo estimar el monto de solicitudes de servicio que habiendo ocurrido hasta el final del balance mensual o cierre de ejercicio/periodo económico no han sido reportados o conciliados por las Entidades de Prepago de salud o las Entidades Aseguradoras de Personas Habilitadas. Asimismo, esta reserva también incluye los ajustes derivados de los servicios prestados regulares o servicios prestados por emergencia.

Las Entidades Prepago que comercialicen servicios de prepago deberán constituir esta reserva considerando la información propia de cada una de ellas. Por lo que deberán mantener en esta reserva un porcentaje del promedio de los Servicios Prestados y Pagados de los últimos tres (3) meses calendario anteriores a la fecha de la constitución.

Su importe será calculado con base en las siguientes fórmulas:

$$RSPNRI_t = f_{IX} \times \frac{\sum_{i=t-3}^{t-1} \text{Servicios Prestados y Pagados}_i}{3}$$

$$RSPNRM_t = f_{MX} \times \frac{\sum_{i=t-3}^{t-1} \text{Servicios Prestados y Pagados}_i}{3}$$

$$RSPNRD_t = f_{DX} \times \frac{\sum_{i=t-3}^{t-1} \text{Servicios Prestados y Pagados}_i}{3}$$

Donde:

RSPNRI_t: Reserva para Servicios Prestados y No Reportados para Entidades Prepago Indirectas y Entidades Aseguradoras que operan con el ramo de prepago habilitado en el mes de cálculo t.

RSPNRM_t: Reserva para Servicios Prestados y No Reportados para Entidades Prepago Mixtas en el mes de cálculo t.

RSPNRD_t: Reserva para Servicios Prestados y No Reportados para Entidades Prepago Directa en el mes de cálculo t.

Servicios Pagados_t: Monto expuesto en las cuentas contables de Servicios Prestados y Pagados en virtud

al contrato de servicio prepago suscrito con el usuario.

f_x: Factor diferenciado para Entidades Prepago según su naturaleza, Directa, Mixta e Indirecta / Entidades Aseguradoras.

Los factores definidos son:

$$f_{\text{Indirectas/Aseguradas}} = 40\%$$

$$f_{\text{Mixtas}} = 30\%$$

$$f_{\text{Directas}} = 20\%$$

- II. La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS evaluará semestralmente los factores establecidos y estos serán actualizados de ser necesario, así como el método de cálculo de esta reserva. Los cambios serán comunicados mediante instrumento normativo idóneo.
- III. Las Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, en todo momento deben respaldar las Reservas Técnicas con su Cartera de Inversiones.

Artículo 43. (Reservas Especiales).- Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, deben constituir Reservas Especiales ante controversias derivadas de la prestación de Servicios de Prepago de Salud acordados en el Contrato de Servicio Prepago Salud y/o por determinación expresa de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

CAPITULO III INVERSIONES ADMISIBLES

Artículo 44. (Cartera de Inversiones).- Las Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que se habiliten para otorgar servicios prepagos de salud, deben conformar su cartera de inversiones conforme a la descripción del presente artículo:

- I. Entidades de Prepago de Salud Directas, la cartera de inversiones debe estar conformada por:

2. Disponibilidades en Cuentas Bancarias hasta un treinta por ciento (30%), Títulos Valores hasta un treinta por ciento (30%), la sumatoria de ambos no puede superar el treinta por ciento (30%).
 3. Bienes Inmuebles de Uso y Bienes Muebles de uso (maquinaria, equipo e Instrumental Médico), mínimamente setenta por ciento (70%); porcentaje dentro del cual, la inversión en Bienes Inmuebles no puede superar el treinta por ciento (30%).
- II. Entidades de Prepago de Salud Mixtas, la cartera de inversiones debe estar conformada por:
1. Disponibilidades en Cuentas Bancarias hasta un treinta por ciento (30%)
 2. Títulos Valores mínimamente veinticinco por ciento (25%).
 3. Bienes Muebles de uso (maquinaria, equipo e Instrumental Médico), hasta cincuenta y cinco por ciento (55%) y la inversión en Bienes Inmuebles de uso hasta el treinta por ciento (30%).
- III. Entidades de Prepago de Salud Indirectas, la cartera de inversiones debe estar conformada por:
1. Disponibilidades en Cuentas Bancarias hasta un veinticinco por ciento (25%).
 2. Títulos Valores sin límite.
 3. La inversión en Bienes Inmuebles de uso no puede superar el treinta por ciento (30%).
- IV. Los porcentajes de la conformación de la Cartera de Inversiones de Entidades de Prepago de Salud Directas, Mixtas o Indirectas se calcularán con base al total de las Reservas Técnicas y Margen de Solvencia.
- V. Para el caso de Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que se habiliten para otorgar servicios prepagos de salud, la cartera de inversión será conformada de acuerdo al Reglamento de Inversiones vigente para Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas.

Artículo 45. (Inversión en Títulos Valores).- Las Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas, deben cumplir las siguientes reglas en Inversión de Valores.

1. Límites de Inversión:
 - 1.1 Límites por Tipo Genérico de Valor.- Son calculados en base al límite general descrito en el numeral 1, parágrafo I; numeral 2, parágrafo II o numeral 2, parágrafo III del artículo 44 (según corresponda) conforme a los siguientes límites específicos:

1. Valores emitidos por el Tesoro General de la Nación (TGN) y Banco Central de Bolivia (BCB) de corto plazo hasta el 100%.
2. Bonos, Depósitos a Plazo Fijo (DPF) y otros valores representativos de deuda bancaria de Corto Plazo, hasta un límite del 100%.
3. Valores de Deuda emitidos por sociedades comerciales no bancarias hasta un 40%.
- 1.2. Límites por Emisor.- Se podrá invertir hasta un 10% del límite general descrito en el numeral 1, parágrafo I; numeral 2, parágrafo II o numeral 2, parágrafo III del artículo 44 (según corresponda) en Valores Representativos de Deuda emitidos por una o más sociedades comerciales constituidas en Bolivia.
- 1.3. Límites por Categorías y Calificación de Riesgo.- La calificación mínima nacional aceptable para valores que conformen la cartera de inversión será BB2 para Valores de Deuda de Largo Plazo y N-3 para Valores de Deuda Corto Plazo.
2. Contratación de Intermediarios.- Para realizar inversiones en mercados autorizados, las Entidades de Prepago de Salud podrán contratar a intermediarios autorizados (Agencias de Bolsa) para la administración delegada. Los requisitos para la contratación serán normados mediante circular expresa.
3. Valoración.- Las inversiones realizadas deben ser valoradas a precios de mercado conforme Metodología de Valoración de la ASFI, y la custodia a cargo de una Entidad de Depósito de Valores.
4. Reporte de Inversiones.- La información diaria de inversiones se establecerá conforme a Circular específica de la APS.

Cuando alguno de los límites sea vulnerado, la entidad deberá ajustar sus inversiones en un plazo máximo de noventa (90) días calendario.

Para el caso de Entidades de Prepago de Salud Indirectas y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que se habiliten para otorgar servicios prepagos de salud, la inversión en títulos valores será regulada de acuerdo al Reglamento de Inversiones vigente para Entidades Aseguradoras.

Artículo 46. (Inversiones de Bienes Muebles).-

- I. Para el caso de Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas, que soliciten la autorización de funcionamiento y posteriormente a la Autorización efectúen inversiones y/o realicen aportes, la evaluación de los bienes muebles se realizará de acuerdo a las siguientes reglas:

1. La maquinaria, equipo e instrumental médico, deben estar concentradas en Bienes que correspondan exclusivamente a la naturaleza del (de los) servicio (s) que preste la Entidad de Prepago de Salud.
 2. La maquinaria, equipo e instrumental médico nuevo se registrará a su valor de compra, mientras que para el caso de los equipos usados se tomará en cuenta el valor en libros y la vida útil restante a efectos del cálculo de la depreciación, debiendo presentar la documentación de respaldo como ser altas y bajas de los bienes muebles y reportes auxiliares. Asimismo se deberá llenar el Formulario de Reporte de Información de Inversiones por Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas y/o Reaseguradoras y Entidades de Prepago de Salud: Maquinaria, Equipo e Instrumental Médico (Formulario 4.96).
 3. Para la determinación de la vida útil de bienes muebles, se tomará en cuenta lo dispuesto en el Artículo 22 del Decreto Supremo N° 24051 de 29 de junio de 1995.
- II. Para el revalúo de bienes muebles de las Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas, se deberán sujetar a las siguientes reglas:
1. Realizar el Revalúo Técnico de Bienes Muebles, Maquinaria Equipo e Instrumental Médico de las Entidades de Prepago de Salud conforme lo dispuesto en la normativa específica a ser emitida y el registro de peritos especializados.
 2. Para Revalúo Técnico de Bienes Muebles se debe contratar un Perito Valuador registrado en la APS, tomándose en cuenta las depreciaciones establecidas en el Anexo del Artículo 22 del Decreto Supremo N° 24051 de 29 de junio de 1995.
 3. La Entidad de Prepago de Salud debe realizar el revalúo técnico de los bienes muebles: maquinaria, equipo e instrumental médico, que estuvieren totalmente depreciados y sigan siendo utilizados.

Artículo 47. (Inversiones en Bienes Inmuebles).- Las inversiones en bienes inmuebles deben cumplir las siguientes reglas:

- I. Las Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas que soliciten la autorización de funcionamiento y posteriormente a la Autorización realicen aportes, los bienes inmuebles serán registrados conforme al Testimonio de Compra Venta u otro tipo de transferencia y luego se debe iniciar el procedimiento de valuación a cargo de un Perito Valuador registrado en la APS conforme a normativa vigente.
- II. Para el caso de Inversiones en bienes inmuebles de las Entidades de Prepago de Salud Directas, Mixtas e Indirectas.

1. La compra de bienes inmuebles será registrada conforme Testimonio de Compra Venta u otro tipo de transferencia, de forma paralela se debe iniciar el procedimiento de valuación a cargo de un perito valuador registrado en la APS.
 2. Una vez se cuente con el Avalúo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS efectuará la revisión correspondiente, considerando para el registro el menor valor, entre el Testimonio y el Avalúo.
 3. Deben ser de uso propio con destino a oficinas administrativas y/o centros de salud (según corresponda); y no a vivienda y/o renta.
- III. Los bienes inmuebles de las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas que se habiliten para otorgar Servicios de Prepago de Salud, se registrarán por el reglamento vigente de su Ramo emitido por la APS.
- IV. En todos los casos, los bienes inmuebles no deben presentar gravámenes ni restricciones vigentes.

TÍTULO VII

APORTES FUTUROS A CAPITAL Y AUMENTO DE CAPITAL

Artículo 48. (Reglas Generales).-

- I. Considerando las reglas del capital mínimo señalado en el presente Reglamento, los aportes futuros a capital, se sujetará a las siguientes reglas:
 1. Los aportes futuros a capital solo podrán presentarse en títulos valores, efectivo, bienes muebles e inmuebles; según corresponda a la naturaleza del servicio directa, mixta o indirecta.
 2. Para las Entidades de Prepago de Salud con naturaleza de servicio Directa y Mixta, podrá estar integrado por títulos valores, efectivo y Bienes Inmuebles y Bienes Muebles (maquinaria, equipo e instrumental médico), valuados, no gravados, ni otorgados en prenda o en alquiler y que correspondan a la naturaleza del servicio prestado.
 3. Para las Entidades de Prepago de Salud con naturaleza de servicio Indirecta, debe estar constituida por el cien por ciento (100%) en dinero efectivo.
 4. Las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, se rigen por su normativa reglamentaria y regulatoria especial.
- II. Los aportes futuros de capital deben contar con documentación de respaldo que acredite el origen:

1. En dinero efectivo, presentará documento que demuestre en transacciones efectuadas por cada uno de los accionistas a través de Entidades de Intermediación Financiera, de acuerdo al porcentaje de su participación societaria.
2. En bienes muebles e inmuebles, el accionista aportante presentará una declaración patrimonial de su origen.

Artículo 49. (Aportes a Capital en Efectivo).- Los aportes a capital en efectivo y títulos valores de Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Personas habilitadas, para su operativa se sujetaran a los procedimientos establecidos para el Reglamento de Absorción de Pérdidas y Aumento de Capital vigente para Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Corredores de Seguros y Corredores de Reaseguro.

Artículo 50. (Aportes a Capital en Especie).- Los aportes a capital en especie, solo podrán realizar las Entidades de Prepago de Salud Directas y Mixtas, para su operativa se sujetarán a los procedimientos establecidos en el artículo 46 para bienes muebles y el artículo 47 para bienes inmuebles.

TÍTULO VIII

OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES DE PREPAGO DE SALUD Y ENTIDADES ASEGURADORAS DE SEGUROS DE PERSONAS

CAPÍTULO I

OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES

Artículo 51. (Obligaciones).- Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, que oferten y comercialicen Servicios de Prepago de Salud, deben cumplir las siguientes obligaciones:

1. Cumplir con la prestación del Servicio Prepago de Salud ante el requerimiento del Contratante y/o Usuario (Titular o Beneficiario), conforme los términos y límites convenidos en el Contrato de Servicio Prepago de Salud suscrito.
2. Constituir y mantener de manera permanente el Capital Mínimo, Margen de Solvencia, Inversiones, Reservas Técnicas y Reservas Especiales de acuerdo a norma regulatoria vigente establecida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
3. Mantener actualizadas y vigentes las licencias y/o permisos que autorizan la prestación de los Servicios de Prepago de Salud.

4. Registrar ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS los Planes de Prepago de Salud, así como sus Contratos, con carácter previo a su comercialización.
5. Emitir Contratos de Servicio Prepago de Salud, claramente redactados, de fácil lectura y entendimiento.
6. Pagar el aporte de supervisión a favor de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
7. Presentar a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS partes de producción y de siniestralidad cada mes, y toda documentación y/o información que le sea solicitada a requerimiento fundamentado de la misma, sin restricción de ninguna naturaleza en Bolivia y en el extranjero.
8. Llevar, mantener permanentemente cuentas y contabilidad del Servicio Prepago de Salud, para realizar el análisis de su desempeño y evolución.
9. Presentar Estados Financieros mensuales y anuales; estos últimos deben estar acompañados del Informe de Auditoría Externa, elaborado por una Firma o Profesional Independiente de Auditoría Externa registrado en la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
10. Abstenerse de efectuar actos que generen conflictos de interés o competencia desleal entre Operadores del Mercado de Seguros.
11. Informar a la APS dentro de los dos (2) días hábiles administrativos siguientes, cualquier Hecho Relevante ocurrido a la Entidad de Prepago de Salud que altere su propiedad, naturaleza u obligaciones sociales.
12. Ofrecer a la población información suficiente para la toma de decisiones sobre los planes y modalidades de Servicios de Prepagos de Salud ofertados; misma que debe estar publicada en su Sitio Web (en caso de tenerlo).
13. Crear y mantener una Base de Datos de Contratantes y Usuarios, llevando un registro actualizado de la cartera de Contratantes y/o Usuarios (Titulares o Beneficiarios), con detalle del tipo de Servicio, montos contratados y consumidos; información que tendrá carácter confidencial y será suministrada a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS a requerimiento.
14. Garantizar los derechos de los Contratantes y/o Usuarios (Titulares o Beneficiarios), en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa de la Entidad de Prepago de Salud.
15. En el plazo de tres días proveer una copia del Contrato de Servicio Prepago de Salud al Contratante, una vez sea suscrito el mismo.

16. Pagar los impuestos que establezca la Ley N° 843 y demás normativa tributaria.

Artículo 52. (Prohibiciones).- Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, que oferten y comercialicen Servicios de Prepago de Salud, están prohibidas de:

1. Publicitar y/o entregar información inexacta o falsa que induzca al error sobre la situación de la Entidad, sus Servicios, o de la condición de comercialización de los mismos.
2. Invertir en otras Entidades de Prepago de Salud que presten el (los) mismo (s) Servicio (s) Prepago de Salud.
3. Prestar Servicios de Prepago de Salud, distintos al giro autorizado.
4. Ofrecer, comercializar y suscribir Contratos de Servicios de Prepago de Salud que no estén registrados en la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
5. Constituir gravámenes de cualquier naturaleza sobre su Capital Mínimo, Márgenes de Solvencia y Recursos de Inversión.
6. Invertir sus recursos de otras formas que no lo establezca la norma vigente.
7. Realizar de forma unilateral modificaciones a los Contratos de Servicios de Prepago de Salud ya suscritos en cuanto a las prestaciones contratadas y/o la Tarifa Anticipada (por cuotas o al contado) señalada en el Contrato de Servicio Prepago de Salud, ante la agravación de las condiciones de salud del usuario, o incremento del costo de los Servicios de Prepago de Salud ya contratados.
8. Negar la contratación de cualquier Servicio Prepago de Salud que haya sido autorizado por la APS para su comercialización.
9. Liberarse de la obligación de prestar el servicio contratado mediante el abono al usuario de una suma de dinero.
10. Exigir al Contratante y/o Usuario (Titular o Beneficiario) pagos extraordinarios al acordado para la prestación del Servicio Prepago de Salud.
11. Realizar acciones de desprestigio y/o de Competencia Desleal a otras Entidades que ofrezcan y comercialicen Servicios de Prepago de Salud.
12. Suspender sus Servicios de manera imprevista e intempestiva.
13. Negar información sobre cualquier Servicio Prepago de Salud que comercialice.
14. Impedir la realización de fiscalizaciones, inspecciones y controles por parte de la Autoridad de Control y Fiscalización de Pensiones y Seguros - APS.

15. Eliminar la información de la Base de Datos de Contratantes y/o Usuarios antes de los cinco (5) años, tiempo que empezará a computarse a partir de la fecha en que finalizó la vigencia del último Contrato de Servicio Prepago de Salud Suscrito con el Contratante.

CAPÍTULO II

TASA DE REGULACIÓN

Artículo 53. (Tasa de Regulación).- Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, que comercialicen Servicios de Prepago de Salud, deben pagar mensualmente una Tasa de Supervisión al Órgano Regulador (APS) equivalente al dos por ciento (2%) sobre las Tarifas Netas producidas de estos Servicios, conforme lo dispuesto en el Artículo 42 de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883 de 25 de junio de 1998, reglamentada mediante Artículo 23 del Decreto Supremo N° 25201 de 16 de octubre de 1998.

TÍTULO IX

OPERATIVA DEL SERVICIO PREPAGO DE SALUD

CAPÍTULO I

CONTRATO DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD

SECCIÓN I

ASPECTOS GENERALES

Artículo 54. (Tipos de Servicio).- En el Contrato de Servicio Prepago de Salud, deberá especificar claramente, si el servicio a brindar será de manera Integral o Parcial, conforme lo establecido en los Artículos 55 y 56 del presente Reglamento.

Artículo 55. (Servicio Prepago de Salud Integral).- Se considera que el Servicio Prepago de Salud es Integral, cuando comprende el acceso a prestaciones médicas ambulatorias, prehospitalarias, hospitalarias y de urgencias o emergencias médicas, destinadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento clínico o quirúrgico, incluyendo los auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos requeridos, rehabilitación, cuidados paliativos institucionales o domiciliarios, y otros, según la condición de salud del paciente, por ciclo de vida, edad y sexo, de acuerdo con el Plan contratado.

Artículo 56. (Servicio Prepago de Salud Parcial).- Se considera que el Servicio Prepago de Salud es Parcial, cuando no comprende el acceso a las prestaciones médicas descritas en el Artículo precedente, estando limitada a un conjunto de prestaciones debidamente descritas en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.

Artículo 57. (Obligación de Expresar la Naturaleza del Servicio).- Conforme lo señalado en los artículos 7, 8 y 9, las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, podrán contratar y/o acordar con terceras Entidades la prestación de Servicios de Prepago de Salud ofertados, aspecto que debe estar establecido de forma expresa en el Contrato de Servicio Prepago de Salud que comercialicen, lo cual no libera a la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada para Servicios de Prepago de Salud de responder por la obligación de prestar el Servicio Prepago de Salud contraído con el Contratante.

Artículo 58. (Características).- Los Contratos de Servicio Prepago de Salud no deben contener términos ambiguos, ambivalentes o que puedan conducir a equívocos respecto del Servicio Prepago de Salud que se contrate.

- I. El tamaño de la letra en el Contrato de Servicio Prepago de Salud, no debe ser inferior a diez (10) puntos tipográficos a fin de facilitar su lectura.
- II. Todo Contrato de Servicio Prepago de Salud antes de su comercialización, debe cumplir con las condiciones mínimas establecidas en el presente Reglamento, tomar en cuenta lo señalado en el Título V de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883 y cumplir con la normativa reglamentaria emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.
- III. Los Contratos de Servicio Prepago de Salud para su suscripción y comercialización deben estar previamente registrados en la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.
- IV. Todo contratante ante el extravío de su copia original del Contrato de Servicio Prepago de Salud, podrá solicitar a la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada, le extienda de forma gratuita una copia legalizada del mismo, requerimiento que debe ser atendido en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles administrativos siguientes a la fecha de presentada su solicitud.
- V. Cada contrato remitido a esta Autoridad para su registro, debe poseer en respaldo la Nota Técnica correspondiente a sus bases técnicas (cuyo contenido mínimo se señala en el Anexo II), en la cual se revisará la razonabilidad de los costos expuestos según sea el Tipo de Servicio u operación de la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Personas.
- VI. Es responsabilidad de la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Personas habilitada, velar la suficiencia de la Tarifa Anticipada calculada para la prestación de los servicios de salud ofertados. En consecuencia, de ser necesario una actualización de los parámetros que

intervienen en el Cálculo de la Tarifa Anticipada. Se debe remitir a la APS el sustento técnico correspondiente plasmado en la Nota Técnica.

Artículo 59. (Contenido Mínimo).- Los Contratos de Servicio Prepago de Salud, suscritos por Entidades de Prepago de Salud y Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitadas, deben contemplar como mínimo lo siguiente:

1. Nombre de la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas, señalando su: representante legal, domicilio, teléfono correo electrónico y dirección de sus oficinas.
2. Nombre y contacto del Contratante; sea persona natural o jurídica, por sí mismo, o por los que represente individual, grupal, empresarial o corporativamente y a nombre de la (s) persona (s) que figure (n) como Usuario (s).
3. Nombre y contacto del (de los) Usuario (s) Titular (es) o Beneficiario (s).
4. Objeto del Contrato, en el cual se aclare que se trata de prestación de Servicios de Prepago de Salud, los cuales están detallados en el mismo documento.
5. Definiciones claras y precisas de términos que puedan dar lugar a confusiones.
6. Descripción de la clasificación de la naturaleza del Servicio Prepago de Salud, según lo establecido en el Artículo 6 del presente Reglamento.
7. Plan Prepago de Salud que describa en detalle los servicios y prestaciones ofrecidos, conforme a la definición del artículo 5 del presente Reglamento.
8. Límite Anual de Gastos (LAG), que indique claramente el valor de las prestaciones contratadas.
9. Procedimiento de la prestación del Servicio Prepago de Salud.
10. Lista de Establecimientos de Salud propios o de terceros a través de los cuales se prestarán los Servicios.
11. Vigencia del Contrato de Servicio Prepago de Salud, tomando en cuenta lo establecido en el Artículo 64 del presente Reglamento.
12. Recontratación del Servicio Prepago de Salud.
13. Tarifa Anticipada.
14. Forma y lugar de pago del (de los) Servicio (s) Prepago de Salud.
15. Obligaciones de las Partes Contratantes y/o Usuarios.
16. Causas de Suspensión y Resolución del Contrato de Servicio Prepago de Salud.

17. Suspensión del Servicio (por motivos de caso fortuito o fuerza mayor como desastres naturales, motín, conmoción civil, huelgas y otros).
18. Resolución de controversias, conforme lo establecido en el Artículo 39 de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N°1883 y/o el Reglamento de Conciliación ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.
19. Retiro y adición de Usuarios (Beneficiarios).
20. Firma de las partes suscribientes, ológrafa o digital, esta última conforme lo establecido en la Ley General de Telecomunicaciones, Tecnologías de Información y Comunicación N° 164 de 08 de agosto de 2011.
21. Anexos y formularios (si corresponde).

Artículo 60. (Obligaciones del Contratante).- Son obligaciones del Contratante:

- I. Pagar la Tarifa Anticipada convenida en el (los) plazo (s) previsto (s) en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.
- II. Proporcionar a la Entidad de Prepago de Salud toda documentación, información que requiera para la prestación del Servicio de Prepago de Salud.

Artículo 61. (Tarifa Anticipada).-

- I. La Tarifa Anticipada prevista en el Contrato de Servicio Prepago de Salud será pactada en moneda de curso legal.
- II. Se prohíbe expresamente a las Entidades de Prepago de Salud o Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, efectuar incrementos del precio o Tarifa Anticipada de manera unilateral durante la vigencia del Contrato de Servicio Prepago de Salud.

Artículo 62. (Forma de Pago).- El pago de la Tarifa Anticipada puede ser al contado o convenida por cuotas (mensual, trimestral, semestral, etc.), aspecto que debe estar claramente descrito en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.

Artículo 63. (Registro de Nuevos Contratos).- Las Entidades de Prepago de Salud o las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, deben registrar sus futuros Contratos, conforme lo establece el numeral 4 del Artículo 51; y cumpliendo los requisitos y procedimientos determinados en los artículos 68 y 69 del presente Reglamento.

SECCIÓN II

DURACIÓN DEL CONTRATO DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD

Artículo 64. (Vigencia).-

- I. La vigencia de los Contratos de Servicios de Prepago de Salud, inicia con la suscripción del mismo.
- II. Los Contratos de Servicios de Prepago de Salud tienen una duración máxima de un (1) año calendario.

Artículo 65. (Recontratación del Servicio Prepago de Salud).- Una vez consumido el Servicio Prepago de Salud o terminada su vigencia, habrá recontratación automática del mismo, siempre que los pagos continúen siendo realizados por el Contratante y/o Usuario (Titular o Beneficiario) y que la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada, previo análisis técnico, no haya rechazado expresamente la recontratación dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de vencimiento de la vigencia del Contrato, debiendo la Tarifa Anticipada en todo momento responder a sus bases técnicas.

Artículo 66. (Resolución del Contrato de Servicio Prepago de Salud).-

- I. La Resolución del Contrato de Servicio Prepago de Salud, podrá ser de mutuo acuerdo o por decisión unilateral de las partes.
- II. Las Entidades de Prepago de Salud y las Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas, podrán unilateralmente dar por resuelto un Contrato de Servicio Prepago de Salud sólo por incumplimiento de la contraprestación económica por parte del Contratante; dicha causal se configurará con el retraso de treinta (30) días en el pago de la cuota (para pagos por cuotas) o del total de la Tarifa Anticipada en el tiempo acordado (para pagos al contado).
- III. Durante el periodo de mora, la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas, podrá suspender la prestación de los Servicios Prepago de Salud contratados hasta que se produzca el pago de las cuotas adeudadas, salvo se establezca lo contrario en el Contrato de Servicio Prepago de Salud, debiendo el Contratante o Usuario asumir el costo que demande los mismos hasta que produzca la restitución del Servicio Contratado conforme lo establecido en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.
- IV. En lo relativo a la resolución unilateral del Contrato de Servicio Prepago de Salud por parte del Contratante, este podrá hacerlo ante el incumplimiento de la prestación del Servicio por parte de la Entidad de Prepago de Salud o

Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada debiendo notificar por escrito su decisión, dándose la Resolución del Contrato del Servicio Prepago de Salud desde ese instante.

Producida la Resolución del Contrato del Servicio Prepago de Salud, la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada tiene derecho a la tarifa pagada por los servicios prestados; debiendo devolver el valor correspondiente a los servicios no prestados, descontando los impuestos de ley y los gastos generales y de administración.

Artículo 67. (Mantenimiento del Contrato de Servicio Prepago de Salud al fallecimiento o extinción del Contratante).- Si existen Usuarios Beneficiarios de un Contrato de Servicio de Prepago de Salud, el fallecimiento del Contratante, en el caso de Persona Natural, o la extinción del mismo, en el caso de Persona Jurídica, no producirá la Resolución de dicho Contrato para el (los) Usuario (s) Beneficiario (s) que le sobreviva (n), siempre y cuando se cumpla con el pago de la Tarifa Anticipada pactada en el Contrato de Servicio Prepago de Salud.

SECCIÓN III

REGISTRO DEL CONTRATO DE SERVICIO PREPAGO DE SALUD

Artículo 68. (Requisitos para Registro del Contrato de Servicio Prepago de Salud).- Las Entidades de Prepago de Salud y Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada para solicitar el Registro de cualquier Contrato de Servicio Prepago de Salud, deben remitir a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS la siguiente documentación y/o información debidamente organizada en una carpeta con su respectivo índice, acompañada de una copia simple de la misma:

1. Solicitud escrita de Registro de Contrato de Servicio Prepago de Salud, dirigida a la Directora Ejecutiva o Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.
2. Proyecto del Contrato de Servicio Prepago de Salud, con todos sus anexos y formularios.
3. Nota técnica, conforme a Anexo II.

Artículo 69. (Procedimiento de Registro).-

- I. Presentada la documentación descrita en el Artículo precedente, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS procederá con su revisión, debiendo pronunciarse en los siguientes diez (10) días hábiles administrativos, emitiendo la Resolución Administrativa de Registro u observando la documentación presentada.

- II. En caso de existir observaciones, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS comunicará por escrito las mismas a la Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguros de Personas habilitada solicitante para que las subsane.
- III. Habiéndose subsanado las observaciones realizadas, una vez presentada la documentación, nuevamente se computarán los diez (10) días hábiles administrativos para que la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS se pronuncie.
- IV. Si no existiera ninguna observación en la solicitud presentada, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS emitirá la Resolución Administrativa correspondiente, Registrando el Contrato de Servicio Prepago de Salud y asignándole un código que debe insertarse en el Contrato de Servicio Prepago de Salud para su comercialización; independientemente de lo señalado, la Entidad de Prepago de Salud puede utilizar un número correlativo, de control interno, para identificar los Contratos de sus Contratantes y/o Usuarios.

CAPÍTULO II

COMERCIALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PREPAGO DE SALUD

Artículo 70. (Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas Habilitadas).- Las Entidades de Prepago de Salud y Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas podrán ofrecer y comercializar Servicios de Prepago de Salud en sus Oficinas y/o Puntos de Atención al Cliente.

Artículo 71. (Intermediación de la Contratación).- La Contratación de Servicios de Prepago de Salud, podrá ser intermediada por Agentes de Seguros y Corredoras de Seguros.

Artículo 72. (Agentes de Seguros).- Los Agentes de Seguros podrán ofrecer y comercializar solamente los Planes Servicios de Prepago de Salud de la Entidad Aseguradora de Seguros de Personas con la cual tengan vinculación contractual; siempre que los mismos, se encuentren registrados y habilitados ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.

Artículo 73. (Corredoras de Seguro).- Las Corredoras de Seguros que tengan dentro el Objeto Social de sus Instrumentos Constitutivos el Intermediar Servicios de Prepago de Salud, podrán cotizar e intermediar Contratos de Servicios de Prepagos de Salud de Entidades de Prepago de Salud y/o Entidades Aseguradoras de Seguros de Personas habilitadas legalmente constituidas y autorizadas.

Artículo 74. (Información al Contratante).- Los Agentes de Seguros y Corredores de Seguros que ofrezcan e intermedien Servicios de Prepago de Salud, tienen la obligación de explicar claramente a toda persona, las características propias del Servicio Prepago de Salud ofertado e/o intermediado.

Artículo 75. (Cumplimiento de la normativa vigente).- Los Agentes de Seguros y los Corredores de Seguros para la intermediación de Contratos de Servicios de Prepago de Salud, aplicarán análogamente los derechos y obligaciones que tienen contenidos en la normativa que regula la intermediación de Pólizas de Seguros.

CAPÍTULO III

REPORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA CONTABLE

Artículo 76. (Reporte de Información Contable y Estadística).- Toda Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitada, debe remitir la documentación y/o información contable y estadística en los plazos previstos, observando lo establecido en los Reglamentos que regulan el Plan Único de Cuentas, Manual de Contabilidad, Disposiciones Generales y el Manual del Sistema de Información y demás normativa regulatoria concordante, emitida por la APS.

Artículo 77. (Reporte de Información Trimestral).-

- I. Toda Entidad de Prepago de Salud o Entidad Aseguradora de Seguro de Personas habilitada que ofrezca y comercialice Servicios de Prepago de Salud, debe remitir a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, en forma trimestral el Reporte de Servicios efectuados por planes, desagregado a partir de la prestación efectiva del Servicio Prepago de Salud, así como el reporte de tarifas anticipadas generadas durante el trimestre; información que debe coincidir con los saldos de Estados Financieros.
- II. La información señalada en el párrafo precedente, debe ser consolidada y remitida a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS juntamente con la información técnica y financiera hasta el 15 del mes siguiente de haber finalizado el trimestre, tomando en cuenta lo dispuesto en los plazos establecidos en el Reglamento de Márgenes de Solvencia y Patrimonio Técnico vigente para Entidades Aseguradoras de Seguro de Personas habilitadas.

TÍTULO X

CONTROL Y FISCALIZACIÓN DE ENTIDADES DE PREPAGO SALUD

Artículo 78. (Control y Fiscalización).- Las Entidades de Prepago de Salud se encuentran bajo Control, Fiscalización y Regulación continua de la Autoridad de

Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, por lo que están obligadas a cumplir las disposiciones normativas y regulatorias emitidas por esta Autoridad.

Artículo 79. (Actividades Ilegales).-

- I. La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS, a denuncia verbal o escrita de prestación de Servicios de Prepago de Salud por parte de Personas o Entidades no autorizadas para el efecto, realizará la correspondiente verificación y procederá conforme lo establecido en normativa vigente emitida por la APS.
- II. La Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS en ejercicio de la facultad conferida en el inciso w) del Artículo 43 de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883 (incorporado mediante el parágrafo IX de la Disposición Adicional Primera de la Ley N° 365), de oficio o a denuncia verbal o escrita presentada ante la misma, previa Orden Judicial, en presencia de Notario de Fe Pública, y de ser necesario con el apoyo de la Fuerza Pública, intervendrá, tomará posesión física y Clausurará las instalaciones donde se realicen o presten Servicios de Prepago de Salud sin la debida autorización del Ente Regulador, documentando las actuaciones realizadas y la existencia de bienes mediante la elaboración de actas y levantamiento de inventarios de bienes y documentos que se encuentren, sean físicos o electrónicos, dejándose el lugar debidamente precintado en resguardo de la acción de intervención y a disposición de las Autoridades Jurisdiccionales.

Artículo 80. (Medidas Precautorias, Intervención y otros).- Las Medidas Precautorias, Intervención, Liquidación Voluntaria, Liquidación Forzosa, Revocatoria de Autorización de Funcionamiento, Sesión de Cartera, Disolución de la Entidad de Prepago de Salud y Medidas Jurisdiccionales, se sujetarán a lo establecido en el Capítulo II del Título VI de la Ley de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia N° 1883 y la normativa vigente para el efecto.

Artículo 81. (Infracciones y Sanciones).- El incumplimiento a las prohibiciones y demás aspectos regulados en el presente Reglamento, será sancionado previo Proceso Administrativo conforme lo establecido en el Reglamento de Infracciones y Sanciones del Mercado de Seguros.



LEY N° 1155

DE 12 DE MARZO DE 2019

**LEY N° 1155
LEY DE 12 DE MARZO DE 2019**

**EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente Ley:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL

DECRETA:

ARTÍCULO 1. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto establecer el Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción.

ARTICULO 2. (CREACIÓN DEL SEGURO). Créase el Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción, el mismo que será indisputable, de beneficio uniforme, irreversible, de vigencia anual, y su acción será directa contra la entidad aseguradora.

ARTÍCULO 3. (ÁMBITO DE APLICACIÓN). Se encuentra bajo el ámbito de aplicación de la presente Ley, toda trabajadora y trabajador que preste, ejecute o realice un trabajo de manera directa en toda construcción de obras.

ARTICULO 4. (PERSONAS OBLIGADAS A CONTRATAR EL SEGURO). Toda trabajadora o trabajador que preste, ejecute o realice un trabajo de manera directa en toda construcción de obras en el territorio nacional del Estado Plurinacional de Bolivia, tiene la obligación de comprar anualmente el Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción.

ARTICULO 5. (PÓLIZA Y COBERTURA DEL SEGURO).

- I. La Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción, será de texto único y uniforme, la misma estará registrada en la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, a la cual deberán adherirse la Entidad Pública de Seguros y otras Entidades Aseguradoras que eventualmente y bajo acuerdos con la primera comercialicen dicho seguro.
- II. La Póliza Única del Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción, cubrirá los gastos médicos y la indemnización por muerte y/o incapacidad total permanente, a toda trabajadora y trabajador del Ámbito de la Construcción que sufra un

accidente al prestar, ejecutar o realizar un trabajo de manera directa en toda construcción de obras.

ARTÍCULO 6. (CAPITAL ASEGURADO). El capital asegurado para gastos médicos será hasta la suma de Bs7.000.- (Siete Mil 00/100 Bolivianos) por persona por cada accidente; y para las eventualidades de muerte y/o incapacidad total permanente, el capital asegurado será de Bs70.000.- (Setenta Mil 00/100 Bolivianos) por persona. Estos montos serán revisados por lo menos una vez cada tres (3) años por el órgano Ejecutivo del nivel central del Estado, pudiendo éste modificar los mismos mediante Decreto Supremo.

ARTÍCULO 7. (CERTIFICADO DE COBERTURA). El Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción, será acreditado mediante un certificado de cobertura que deberá ser emitido para cada asegurado, por la Entidad Pública de Seguros. Este certificado podrá ser emitido en medio impreso o a través de dispositivos electrónicos que cuenten con las medidas de seguridad correspondientes.

ARTÍCULO 8. (ADMINISTRACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DEL SEGURO). El Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción, será administrado y comercializado por la Entidad Pública de Seguros habilitada para el efecto, la cual podrá comercializar el mismo con otras entidades aseguradoras legalmente establecidas en el país, cediendo el riesgo bajo la modalidad de coaseguro, reaseguro y/o cualquier forma legal permitida, asumiendo el control pleno de todo el proceso.

ARTÍCULO 9. (ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES).

- I. Todo Establecimiento de Salud, público o privado, en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, está en la obligación ineludible de atender a las víctimas de los accidentes laborales de las trabajadoras y los trabajadores de la construcción en el marco de la presente Ley. La negativa será considerada como delito de denegación de auxilio previsto y sancionado por el Artículo 281 del Código Penal.
- II. La servidora o servidor público que en el ejercicio de sus funciones en algún Establecimiento de Salud público, se rehusara a prestar atención médica a una trabajadora o trabajador de la construcción víctima de accidente de trabajo, será pasible a la aplicación del Artículo 154 del mismo cuerpo sustantivo penal.
- III. Si la víctima requiere de atención médica especializada y el Establecimiento de Salud no contare con el equipo, instrumentos ni los insumos

necesarios, el Director o encargado del Establecimiento de Salud, bajo su responsabilidad, podrá autorizar su traslado a otro Establecimiento de Salud que cuente con las condiciones apropiadas para poder brindar la atención médica requerida.

ARTÍCULO 10. (CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ). La calificación de invalidez total permanente, deberá realizarse aplicando el Manual único de Calificación vigente.

ARTICULO 11. (RESPONSABILIDAD).

- I. Toda persona natural o jurídica del sector público o privado, que contrate y/o subcontrate trabajadoras y trabajadores que presten, ejecuten o realicen un trabajo de manera directa en toda construcción de obras, debe verificar que todos ellos cuenten con el Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción y que el mismo se encuentre vigente, constatando tal hecho a través del certificado de cobertura correspondiente, emitido por la Entidad Pública de Seguros.
- II. Toda persona natural o jurídica del sector público o privado, que contrate y/o subcontrate trabajadoras y trabajadores que no cuenten con la cobertura de dicho seguro, de producirse un accidente, será pasible a las responsabilidades y sanciones a establecerse en el Decreto Supremo reglamentario de la presente Ley.

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA. El Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado, reglamentará los aspectos necesarios para la aplicación de la presente norma en un plazo no mayor a noventa (90) días a partir de la publicación de la presente Ley.

DISPOSICIÓN ABROGATORIA Y DEROGATORIA

ÚNICA. Se abrogan y derogan todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

Remítase al Órgano Ejecutivo para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los veintinueve días del mes de enero del año dos mil diecinueve.

Fdo. Adriana Salvatierra Arriaza, Víctor Ezequiel Borda Belzu, Omar Paul Aguilar Condo, Víctor Hugo Zamora Castedo, Sandra Cartagena López, Ginna María Torrez Saracho.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

Casa Grande del Pueblo de la ciudad de La Paz, a los doce días del mes de marzo del año dos mil diecinueve.

FDO. EVO MORALES AYMA, Juan Ramón Quintana Taborga, Cesar Hugo Cocarico Yana MINISTRO DE DESARROLLO RURAL Y TIERRAS E INTERINO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS, Héctor Enrique Arce Zaconeta, Milton Gómez Mamani, Lilly Gabriela Montaña Viaña.



DECRETO SUPREMO N° 4058
DE 15 DE OCTUBRE DE 2019

DECRETO SUPREMO N° 4058**EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA****CONSIDERANDO:**

Que el Numeral 8 del Artículo 316 de la Constitución Política del Estado, establece que es función del Estado en la economía determinar el monopolio estatal de las actividades productivas y comerciales que se consideren imprescindibles en caso de necesidad pública.

Que el Artículo 36 de la Ley N° 1883, de 25 de junio de 1998, de Seguros del Estado Plurinacional de Bolivia, determina que los seguros obligatorios deberán ser administrados separadamente de los otros seguros que administre la Aseguradora, disponiendo también que sus pólizas deberán ser uniformes y estar autorizadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

Que la Ley N° 1155, de 12 de marzo de 2019, establece la creación del Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción.

Que es necesario reglamentar el Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción, establecido mediante Ley N° 1155, en sujeción a la finalidad que persigue.

EN CONSEJO DE MINISTROS,**D E C R E T A:****CAPITULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 1.- (OBJETO). El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar la Ley N° 1155, de 12 de marzo de 2019, del Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción - SOATC.

ARTÍCULO 2.- (ALCANCE). El presente Decreto Supremo es de cumplimiento obligatorio por todos los Trabajadores y Trabajadoras de la construcción y las personas que requieran y/o contraten Servicios de Construcción y las entidades con funciones atribuidas a través del presente Decreto Supremo.

ARTÍCULO 3.- (CARÁCTER DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE LA TRABAJADORA Y EL TRABAJADOR EN EL ÁMBITO DE LA CONSTRUCCIÓN - SOATC). El SOATC es indisputable, de beneficio uniforme, irreversible y su acción es directa e inmediata contra la Aseguradora habilitada para la administración y comercialización del SOATC.

ARTÍCULO 4.- (DEFINICIONES). Se establecen las siguientes definiciones, para efectos del presente Decreto Supremo:

- a) **Accidentado:** Trabajadora o trabajador de la construcción lesionado o fallecido en un accidente de construcción, ocurrido en el lugar de su trabajo;
- b) **Accidente en el ámbito de la construcción:** Para los fines del SOATC, es el evento súbito, imprevisto, ajeno a la voluntad de la trabajadora o el trabajador, que se produce en una obra de construcción, y que provoca lesiones corporales de carácter temporal o permanente o el fallecimiento de la trabajadora o trabajador del ámbito de la construcción;
- c) **Asegurado:** Trabajadora o trabajador de la construcción designado como tal en la póliza del SOATC;
- d) **Aseguradora:** Es la Entidad Pública de Seguros habilitada para la administración y comercialización del SOATC, actividades que podrán ser realizadas con otras entidades de seguros legalmente establecidas en el país, cediendo el riesgo bajo la modalidad de coaseguro, reaseguro y/o cualquier forma legal permitida, asumiendo el control pleno de todo el proceso;
- e) **Beneficiario:** Trabajadora o trabajador de la construcción designado como tal en la Póliza del SOATC para las coberturas de Gastos Médicos e Incapacidad Total y Permanente y la(s) persona(s) que el asegurado señale expresamente en la póliza del SOATC, y a falta de su designación a sus derechohabientes, para la cobertura de muerte;
- f) **Contratante o Subcontratante:** Persona natural o jurídica, pública o privada que contrata los servicios de uno(a) o varios(as) trabajador(es) y/o trabajadora(s) de la construcción para la realización de una obra de construcción;
- g) **Derechohabiente:** Es la persona a quien se le ha conferido el derecho de recibir la indemnización del SOATC emergente de la muerte del asegurado;
- h) **Establecimiento de salud:** Todo centro médico público o privado, legalmente autorizado para prestación de servicios de salud;
- i) **Incapacidad total permanente:** Es la invalidez total y definitiva de la trabajadora o trabajador de la construcción a consecuencia de un accidente

ocasionado en el ejercicio de su trabajo, por la cual se encuentra impedido de efectuar el mismo; cuya calificación de incapacidad igual o mayor al sesenta por ciento (60%) es determinada, por un médico calificador habilitado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS, en función a los parámetros establecidos en el Manual de Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MANECGI) utilizado en los seguros colectivos del Seguro Social Obligatorio;

- j) **Indemnización:** Es el pago del monto de cobertura del SOATC, a favor del asegurado, beneficiarios o derechohabientes, que efectúa la aseguradora, ante la ocurrencia de un accidente en el ámbito de la construcción, debidamente reportado en plazo y forma;
- k) **Obra de construcción:** Todo trabajo de edificación, incluidas las excavaciones y la construcción, las transformaciones estructurales, la renovación, la reparación, el mantenimiento (incluidos los trabajos de limpieza y pintura) y la demolición de todo tipo de edificios y estructuras, las obras públicas y privadas, aeropuertos, canales, carreteras y autopistas, puentes ferrocarriles, túneles, viaductos, desagües, alcantarillado y suministros de agua y energía; el montaje y desmontaje de edificios y estructuras a base de elementos prefabricados, así como la fabricación de dichos elementos en las obras o en sus intermediaciones; en definitiva la expresión obras designa cualquier lugar en el que se realicen cualesquiera de los trabajos y operaciones descritos en la presente definición;
- l) **Póliza única del SOATC:** Es un contrato de texto único autorizado y registrado en la APS, en el que se establecen los riesgos, sus coberturas y la prima, al cual se adhieren la Entidad Pública de Seguros y otras Entidades Aseguradoras que eventualmente y bajo acuerdos con la primera comercialicen dicho seguro;
- m) **Siniestro:** Es el accidente producido en el lugar de la construcción que al acontecer da origen a la obligación del asegurador de indemnizar o efectuar la prestación convenida;
- n) **SOATC:** Seguro Obligatorio de Accidentes de la Trabajadora y el Trabajador en el Ámbito de la Construcción;
- o) **Trabajador o trabajadora de la construcción:** Toda persona que preste, ejecute o realice un trabajo de manera directa en una construcción de obra sea de carácter pública o privada;
- p) **Trabajo de manera directa:** Es toda actividad laboral que realice una persona por sí misma, en forma dependiente o independiente, en condición de profesional, técnico, obrero, aprendiz o ayudante; desarrollando labores en una obra de construcción.

CAPITULO II
SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE LA TRABAJADORA Y EL
TRABAJADOR EN EL ÁMBITO DE LA CONSTRUCCIÓN - SOATC

SECCIÓN I
OBLIGATORIEDAD Y EXCLUSIONES DEL SEGURO

ARTÍCULO 5.- (OBLIGATORIEDAD).

- I. Todo trabajador o trabajadora de la construcción, para prestar sus servicios en el territorio nacional, tiene la obligación de contratar anualmente y mantener vigente el SOATC mientras trabaje.
- II. Todo contratante y/o subcontratante tiene la obligación de verificar que el/los Trabajador/es y la/las Trabajadora/s de la Construcción contratados cuenten con el SOATC y que el mismo se encuentre vigente, constatándolo a través del Certificado de Cobertura SOATC correspondiente, emitido por la Aseguradora.

ARTÍCULO 6.- (EXCLUSIONES).

- I. Quedan excluidos de la cobertura del SOATC, los casos de lesiones corporales o muerte ocurridas o causadas por encontrarse en las siguientes circunstancias:
 - a) Fuera del territorio nacional;
 - b) En estado de ebriedad;
 - c) Bajo efecto de drogas, narcóticos y otros alucinógenos;
 - d) Por suicidio o lesiones auto inferidas;
 - e) Fuera de la obra de construcción.
- II. También se encuentran excluidos de la cobertura del SOATC, los tratamientos por efectos secundarios post accidentes como cirugías plásticas, tratamientos psicológicos y prótesis no funcionales a excepción de cirugías reconstructivas y prótesis funcionales internas.

SECCIÓN II
COBERTURAS, PRIMA Y MONTOS DE INDEMNIZACIÓN

ARTÍCULO 7.- (COBERTURA Y CAPITAL ASEGURADO).

- I. El SOATC cubre los riesgos de lesiones corporales y muerte que sufra cualquier asegurado en su lugar de trabajo mientras realiza actividades laborales directamente en la construcción, bajo las coberturas de gastos médicos, incapacidad total permanente y muerte.

- II. La Aseguradora debe garantizar las siguientes prestaciones a cada Asegurado, Accidentado, por cada accidente, de acuerdo a las siguientes coberturas y valores asegurados:

COBERTURA	CAPITAL ASEGURADO
- Gastos médicos	Hasta Bs7.000.- (Siete mil 00/100 Bolivianos).
- Incapacidad total permanente	Bs70.000.- (Setenta mil 00/100 Bolivianos).
- Muerte	

- III. La aseguradora está obligada a informar por escrito al accidentado, su apoderado, beneficiarios o derechohabientes el monto del capital asegurado utilizado y el saldo remanente cuando así lo requieran, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles desde la disponibilidad de la información; el incumplimiento a dicha obligación será pasible a sanción por parte de la APS.

ARTÍCULO 8.- (ACUMULACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO).

- Las indemnizaciones por gastos médicos, muerte y/o incapacidad total permanente son acumulables. Los gastos de transporte, identificación, hospitalización, gastos funerarios y otros relacionados con la atención del accidentado serán cubiertos como parte de las indemnizaciones descritas en el parágrafo II del Artículo 7 del presente Decreto Supremo.
- Si liquidados los gastos médicos, el accidentado fallece o queda totalmente incapacitado a consecuencia del mismo accidente, la aseguradora pagará la indemnización por la cobertura de muerte o incapacidad total permanente, sin deducción alguna de los gastos médicos. Estos gastos serán debidamente documentados y calculados en función a lo dispuesto por el Artículo 28 del presente Decreto Supremo.

ARTÍCULO 9.- (COMPATIBILIDAD CON OTROS SEGUROS).

- El SOATC será compatible con cualquier otro seguro que cubra a personas en relación con accidentes, independientemente del origen o naturaleza del evento cubierto por el seguro.
- La cobertura de otros seguros se aplicará en exceso de los límites establecidos por el SOATC.

ARTÍCULO 10.- (PRIMA).

- I. El monto de la prima del SOATC es único a nivel nacional y será fijo durante toda la gestión correspondiente.
- II. La prima del SOATC será calculada por la Aseguradora y presentada para su aprobación a la APS dentro los requisitos exigidos para el efecto.
- III. Cualquier variación en el monto de la prima, debe ser autorizado expresamente por la APS y una vez autorizada, aplicará para la siguiente gestión anual a la solicitada.

SECCIÓN III ADMINISTRACIÓN Y VIGENCIA DEL SEGURO

ARTÍCULO.- 11 (ADMINISTRACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DEL SOATC).

- I. El SOATC será administrado y comercializado por la Entidad Pública de Seguros habilitada para el efecto, la cual podrá comercializar el mismo con otras entidades aseguradoras legalmente establecidas en el país, cediendo el riesgo bajo la modalidad de coaseguro, reaseguro y/o cualquier forma legal permitida, asumiendo el control pleno de todo el proceso.
- II. La Aseguradora habilitada para la administración y comercialización del SOATC debe ofertar y comercializar de forma continua e ininterrumpida el mismo.

ARTÍCULO 12.- (PÓLIZA ÚNICA).

- I. La Póliza del SOATC es única y uniforme, conforme texto que apruebe la APS para su posterior registro por la Aseguradora y otras entidades aseguradoras que eventualmente y bajo acuerdos con la primera comercialicen dicho seguro.
- II. En la Póliza del SOATC, el asegurado podrá nombrar expresamente el nombre del (los) beneficiario(s) de la indemnización en caso de fallecimiento, el cual podrá ser cambiado o revocado en cualquier momento. En caso de que no lo hiciere, los beneficiarios serán los derechohabientes.
- III. La Entidad Aseguradora está liberada de emitir la Póliza SOATC entregando en su lugar el Certificado SOATC, el cual tiene el mismo valor probatorio de la póliza a los efectos legales correspondientes.

ARTÍCULO 13.- (VIGENCIA DEL SOATC). El SOATC tendrá un periodo de vigencia de doce meses, con vigor desde las cero horas del día siguiente de la fecha de contratación del SOATC.

ARTÍCULO 14.- (RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA). Antes de la finalización del periodo de vigencia de la Póliza Única del SOATC, toda trabajadora o trabajador

de la construcción, deberá renovar su póliza, a fin de contar con la cobertura del SOATC de forma continua e ininterrumpida.

ARTÍCULO 15.- (CERTIFICADO DE COBERTURA).

- I. El documento físico o digital que acredita la contratación, cobertura y vigencia del SOATC es el Certificado de Cobertura SOATC emitido por la Aseguradora para cada asegurado.
- II. El Certificado de Cobertura SOATC, además de señalar los datos de identificación del asegurado, establecerá claramente la vigencia del seguro, las coberturas y exclusiones contenidas en la Póliza del SOATC.
- III. La Aseguradora, sea que emita certificados en forma física o digital, debe contar con una plataforma tecnológica en línea que permita a cualquier persona, en cualquier momento, verificar la vigencia y cobertura del SOATC.
- IV. La ausencia del certificado físico en el momento del accidente, no liberará de responsabilidad a la Aseguradora frente al siniestro.

SECCIÓN IV AVISO DEL SINIESTRO E INDEMNIZACIÓN DEL SOATC

ARTÍCULO 16.- (AVISO DE SINIESTRO). El Asegurado que sufra cualquier accidente de construcción o las personas que tengan interés legítimo, dentro los quince (15) días calendario de tener conocimiento del siniestro, deben comunicar tal hecho a la Aseguradora, salvo situaciones de fuerza mayor o impedimento debidamente justificado.

ARTÍCULO 17.- (DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN). Para que proceda el pago de la indemnización, luego de efectuado el aviso del siniestro, el asegurado, sus familiares o los Derechohabientes cuando corresponda, deberán presentar a la Aseguradora, la siguiente documentación tan pronto como esta se encuentre disponible:

- a) Para el caso de accidentes en el ámbito de la construcción con lesiones corporales:
 - Copia simple del documento que identifique al accidentado.
 - Original de Declaración Jurada del Contratante y/o Subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante Notario de Fe Pública, en la cual señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el Accidente de construcción, indicando el nombre del Trabajador o Trabajadora de la construcción accidentado(a).

- Original o copia legalizada de certificado médico; este documento podrá ser reemplazado por un Informe Médico, cuando exista impedimento justificado o causales de fuerza mayor.
 - Original de facturas o recibos
- b) Para el caso de accidentes en el ámbito de la Construcción con incapacidad Total Permanente:
- Copia simple del documento que identifique al accidentado.
 - Original de Declaración Jurada del Contratante y/o Subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante Notario de Fe Pública, en la cual señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el Accidente de construcción, indicando el nombre del Trabajador o Trabajadora de la construcción accidentado(a).
 - Original o copia legalizada de dictamen de Declaración de invalidez total permanente.
 - Original de Facturas o recibos
- c) Para el caso de accidentes en el ámbito de la construcción con muerte:
- Copia simple del documento que identifique a la Trabajadora o Trabajador de la construcción fallecido.
 - Original del Certificado de Defunción o Certificado del médico forense, que podrá ser reemplazado por un certificado médico, cuando exista impedimento justificado o causal de fuerza mayor.
 - Original de Declaración Jurada del Contratante y/o Subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante Notario de Fe Pública, en la cual señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el Accidente de construcción, indicando el nombre del Trabajador o Trabajadora de la construcción accidentado(a).
 - Original de Cédula de Identidad o documento que identifique al beneficiario; y en caso de omisión de designación de beneficiario, original o copia legalizada del Testimonio de Aceptación de Herencia y copia simple de certificado de ascendencia o descendencia del Servicio de Registro Cívico.
 - Original de facturas o recibos (en caso de atención médica).

ARTÍCULO 18.- (DERECHO A EXAMEN DEL ACCIDENTADO).

- I. Producido el siniestro, la Aseguradora tiene el derecho a que un médico contratado por su cuenta examine al Asegurado lesionado o fallecido, con el objeto de establecer el origen, naturaleza y gravedad de las lesiones o causa de su muerte.

- II. En caso de negativa expresa del Asegurado accidentado o de su Derechohabientes o beneficiario designado a que la Aseguradora realice dicho examen, esta se verá imposibilitada de pronunciarse sobre la cobertura del siniestro en tanto no ejerza su derecho.
- III. Los informes y dictámenes del médico contratado por la Aseguradora son de su exclusiva responsabilidad y forman prueba preconstituida necesaria para instaurar procesos civiles, penales o administrativos que correspondieren en caso de dolo, culpa o determinación interesada en perjuicio de terceros.

ARTÍCULO 19.- (DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE).

- I. Cuando el asegurado o su representante legal soliciten la calificación de grado de la incapacidad a la Entidad Encargada de Calificar – EEC creada mediante Decreto Supremo N° 27824 de 3 de noviembre de 2004, la Aseguradora está obligada a financiar su costo con recursos del capital asegurado remanente del accidentado. En caso de no existir recursos remanentes o que estos no fueran suficientes, el asegurado deberá cubrir o completar la cobertura de los costos de esta calificación.
- II. La EEC, a efectos de pago de la indemnización por Incapacidad total permanente del SOATC, emitirá el Dictamen de Calificación de Grado de Invalidez dentro los cuarenta y cinco (45) días calendario de presentada la solicitud de calificación, de conformidad al MANECGI del Manual Único de Calificación y normas conexas vigentes. El plazo de emisión del Dictamen de Calificación correrá a partir de que la EEC cuente con la información requerida sobre el accidentado.
- III. La EEC debe notificar con el Dictamen de Calificación de Grado de Invalidez a la Aseguradora y al accidentado, en un plazo no mayor a los cinco (5) días calendario de emitido el dictamen señalado.
- IV. Contra el Dictamen de Calificación procederá el Recurso de Revisión que se formulará ante la APS, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación con el Dictamen de Calificación.
- V. La APS, emitirá la Resolución Administrativa correspondiente al Recurso de Revisión señalado en el Parágrafo precedente, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario desde la presentación de la solicitud. Frente a esta Resolución procederá el Recurso de Revocatoria y el Recurso Jerárquico cuando corresponda, bajo el procedimiento establecido para el sistema de regulación financiera.
- VI. La APS, solamente emitirá criterio en instancia de revisión sobre aspectos técnico – médico del Dictamen de invalidez, mediante Resolución Expresa.

ARTÍCULO 20.- (INCONDICIONALIDAD Y FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN).

- I. El pago de los capitales asegurados del SOATC debe realizarse de manera incondicional, siendo
improcedente cualquier excepción que la aseguradora pueda alegar contra el asegurado, salvo las exclusiones establecidas en el presente Decreto Supremo.
- II. De acuerdo con las coberturas del SOATC, el pago de los capitales asegurados se efectuará de la siguiente forma:
 - a) Gastos Médicos: el pago se realizará en forma directa al Establecimiento de Salud que acredite haber prestado sus servicios al Asegurado; sin embargo, en caso de que el Asegurado o cualquier persona relacionada con el accidentado efectúe el pago por fuerza mayor, la Aseguradora debe reembolsar dichos gastos. El monto de estos gastos se determinará en base a lo dispuesto por el Artículo 28 del presente Decreto Supremo.
 - b) Incapacidad Total Permanente: la indemnización se pagará directamente al Asegurado o a su Representante Legal debidamente acreditado, observando lo establecido en los Artículos 7 y 8 del presente Decreto Supremo.
 - c) Muerte: se indemnizará al beneficiario designado en la póliza del SOATC, observando lo establecido en los Artículos 7 y 8 del presente Decreto Supremo.

ARTÍCULO 21.- (PLAZO DE LA INDEMNIZACIÓN). El pago de la indemnización procederá dentro de los quince (15) días hábiles a partir de la presentación completa de los documentos señalados en el Artículo 17 del presente Decreto Supremo, para cada caso.

ARTÍCULO 22.- (DEPÓSITO JUDICIAL).

- I. En caso de existir conflicto de intereses en el pago del beneficio emergente del fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora hará efectiva la indemnización mediante un Depósito Judicial, en el mismo plazo determinado por el Artículo 21 del presente Decreto Supremo, computables a partir de la evidencia de dos o más reclamos por la indemnización que genere un conflicto de intereses ante la Aseguradora.
- II. El pago de la indemnización también se hará efectivo mediante Depósito Judicial en el plazo señalado, cuando en el procedimiento de pago se presenten problemas de orden legal que pudieran generar controversias judiciales.

ARTÍCULO 23.- (PRESCRIPCIÓN). La prescripción de la indemnización del SOATC para la cobertura de muerte procederá conforme lo establecido en el Artículo 1041 del Código de Comercio.

CAPITULO III

OBLIGACIONES DE ENTIDADES ASEGURADORAS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

ARTÍCULO 24.- (OBLIGACIÓN DE OFERTA DEL SOATC).

- I. La Aseguradora tiene la obligación ineludible de comercializar y suscribir el SOATC con todo trabajador o trabajadora de la construcción que así lo requiera.
- II. La APS determinará los procedimientos para recibir reclamaciones o denuncias de las trabajadoras o los trabajadores de la construcción que se sientan afectados por incumplimiento de la Aseguradora, a la normativa correspondiente al SOATC.

ARTÍCULO 25.- (OBLIGACIÓN DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES).

- I. Todo establecimiento de salud, público o privado, está en la obligación ineludible de atender al accidentado. La negativa será considerada como delito de denegación de auxilio previsto y sancionado en el Artículo 281 del Código Penal.
- II. La servidora o servidor público que en el ejercicio de sus funciones en un establecimiento de salud público se rehusare a prestar atención médica al accidentado, será objeto de aplicación del Artículo 154 del Código Penal.
- III. En caso de que el accidentado requiriera de atención médica especializada y el establecimiento de salud no cuente con el equipo, instrumentos, ni los insumos necesarios, el Director o encargado del establecimiento de salud, podrá autorizar su traslado a otro establecimiento de salud que cuente con las condiciones apropiadas para poder brindar la atención médica requerida.

ARTÍCULO 26.- (ESTABLECIMIENTOS DE SALUD).

- I. Los Establecimientos de Salud están obligados a realizar el test de alcoholemia al accidentado cuando estos sean ingresados a sus instalaciones, cuyo costo será asumido por el SOATC. La omisión del análisis no será causal de rechazo de cobertura por la Aseguradora.
- II. Todo establecimiento de salud que preste atención a un accidentado, está obligado a identificar al asegurado y dar aviso inmediatamente a la

Aseguradora. La omisión de este aviso no constituirá causal de rechazo del siniestro por parte de la Aseguradora.

- III. La verificación de la cobertura del SOATC por parte de los Establecimientos de Salud, a través del certificado emitido por la Aseguradora o la plataforma tecnológica en línea diseñada para tal efecto u otros medios que pudiera establecer reglamentariamente la APS, es suficiente garantía de pago, consecuentemente ningún Establecimiento de Salud podrá retener indebidamente al paciente una vez que ha concluido su tratamiento médico.
- IV. Todo Establecimiento de Salud tiene la obligación de permitir el ingreso de los profesionales médicos acreditados por la Aseguradora para verificar los servicios otorgados al paciente a cargo del SOATC así como franquear el acceso a toda documentación e información al respecto, emitiendo el informe médico que contenga diagnóstico de internación.
- V. La administración o Dirección del Establecimiento de salud, bajo responsabilidad funcionaria, deberá remitir el Certificado Médico que contenga el tratamiento y condiciones de alta (epicrisis), emitida por el médico tratante y fotocopia de la Historia Clínica del paciente a la aseguradora.
- VI. El Establecimiento de Salud que atienda a accidentados del SOATC y que proporcione información inconsistente o tergiversada, será pasible a la acción legal correspondiente.
- VII. Para efectos del SOATC, el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial establecerá el protocolo de atención médica a los accidentados, la acreditación y las sanciones aplicables a los establecimientos de salud.

ARTÍCULO 27.- (SERVICIO DE EMERGENCIAS).

- I. Todo servicio de ambulancia terrestre tiene la obligación ineludible de prestar el traslado del accidentado al establecimiento de salud más cercano. La negativa será considerada como delito de denegación de auxilio previsto en el Artículo 281 del Código Penal.
- II. La servidora o servidor público que en el ejercicio de sus funciones en un servicio de ambulancias terrestres se rehusare a prestar el servicio de traslado del accidentado, será objeto de la aplicación del Artículo 154 del Código Penal.

ARTÍCULO 28.- (TARIFAS DE ATENCIÓN MÉDICA). Las tarifas de atención médica para los Establecimientos de Salud que atiendan víctimas de accidentes cubiertas con el SOATC, serán las mismas que se encuentran previstas y reguladas por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

CAPÍTULO IV

CONTROL, RESPONSABILIDADES Y SANCIONES A INCUMPLIMIENTOS DEL SOATC

ARTÍCULO 29.- (CONTROL).

- I. El Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social podrá realizar la verificación del cumplimiento sobre la obligación de contratar el SOATC en obras de construcción, pudiendo coordinar la misma con la Confederación Sindical de Trabajadores en Construcción de Bolivia.
- II. En caso de producirse un accidente en la obra de construcción y de verificarse que la Trabajadora o Trabajador de la Construcción no cuente con SOATC o el mismo no se encuentra vigente, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social en el marco del Parágrafo II del Artículo 11 de la Ley N° 1155 de 12 de marzo de 2019, impondrá sanción al contratante y/o subcontratante, la cual será definida mediante Resolución Ministerial a ser emitida por dicha Cartera de Estado.
- III. El Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, elaborará de forma mensual reportes sobre las empresas que incumplan con el presente Decreto Supremo, para fines estadísticos e informativos.

ARTÍCULO 30.- (RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE). Toda persona natural o jurídica, pública o privada, que contrate y/o subcontrate trabajadoras y/o trabajadores de la construcción sin la previa verificación del SOATC, y su vigencia durante todo el tiempo que dure la construcción de la obra, asumirá la responsabilidad de cubrir las indemnizaciones previstas en el presente Decreto Supremo, además de las obligaciones establecidas en normativa vigente.

ARTÍCULO 31.- (DOCUMENTACIÓN Y DECLARACIONES FRAUDULENTAS). Las personas que realicen declaraciones juradas fraudulentas y/o utilicen documentación falsa para cobrar beneficios del SOATC, serán procesadas y sancionadas conforme lo dispuesto por el Código Penal.

ARTÍCULO 32.- (DEMORA O INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN).

- I. Si en el plazo de indemnización previsto en el Artículo 21 del presente Decreto Supremo, la Aseguradora a cargo del pago no efective la indemnización, será objeto del recargo de intereses sobre el capital no pagado entre la fecha límite de pago y la fecha de pago efectivo, que se calcularán diariamente aplicando la tasa bancaria activa comercial promedio nominal utilizada para créditos en moneda nacional, publicada por el Banco Central de Bolivia - BCB.

- II. Independientemente a lo descrito en el párrafo anterior, la APS en uso de sus atribuciones aplicará las sanciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 1883, de 25 de junio de 1998 y sus reglamentos, pudiendo inclusive disponer la suspensión temporal de realizar determinadas actividades y operaciones.

DISPOSICIONES FINALES

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA. El SOATC no excluye ni exime de las responsabilidades y obligaciones laborales y sociales establecidas en normativa vigente, que deben cumplir las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que contraten y/o subcontraten trabajadoras y/o trabajadores de la construcción.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA. La APS, mediante Resolución Administrativa regulará los requisitos técnicos para el SOATC y los requisitos para la habilitación, administración y comercialización por parte de la Entidad Pública de Seguros y las entidades de seguros que operen bajo la modalidad de coaseguro, reaseguro y/o cualquier forma legal permitida.

DISPOSICIÓN FINAL TERCERA. En sesenta (60) días calendario posterior a la publicación del presente Decreto Supremo, la APS reglamentará mediante Resolución Administrativa la aplicación de la presente norma.

DISPOSICIÓN FINAL CUARTA. Una vez cumplido el plazo señalado en la Disposición Final Tercera, el presente Decreto Supremo entrará en vigencia.

Los Señores Ministros de Estado en sus respectivos Despachos, quedan encargados del cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en la Casa Grande del Pueblo de la Ciudad de La Paz, a los quince días del mes de octubre del año dos mil diecinueve.

FDO. EVO MORALES AYMA, Diego Pary Rodriguez, Juan Ramón Quinta Taborga, Carlos Gustavo Romero Bonifaz, Javier Eduardo Zavaleta López, Mariana Prado Noya, Luis Alberto Arce Catacora, Luis Alberto Sánchez Fernández, Rafael Alarcón Orihuela, Nélida Sifuentes Cueto, Oscar Coca Antezana, Félix Cesar Navarro Miranda, Héctor Enrique Arce Zaconeta, Milton Gómez Mamani, Lily Gabriela Montaña Viaña, Carlos Rene Ortuño Yañez, Roberto Iván Aguilar Gómez, Cesar Hugo Cocarico Yana, Wilma Alanoca Mamani, José Manuel Canelas Jaime, Tito Rolando Montaña Rivera.



Oficina La Paz: Calle Reyes Ortíz N° 73
esq. Federico Zuazo
Edif. Torres Gundlach, Torre Este, Piso 4
Casilla Postal: 10794
Teléfono: (591-2) 2331212



Oficina Santa Cruz: Calle Prolongación
Beni N° 20, Edif. Casanovas
Piso 2, Of. 2
(Frente al Palacio de Justicia)
Teléfono: (591-3) 3394997 - 3394982



www.aps.gob.bo



@BoliviaAPS



@Bolivia_APS

Línea gratuita

 **800 10 1620**