La ley de contratos será sancionada a fin de mes

Boletín N°:

Nov 12, 2024 BRASIL

Aprobado este martes (05), en la Cámara, el proyecto de ley que establece reglas generales en los contratos de seguros privados deberá ser sancionado hasta finales de noviembre. Esto se debe a que, legalmente, el plazo para la sanción o veto por parte del Presidente de la República es de 15 días hábiles cuando el proyecto es aprobado en la Cámara, pasa al Senado y, finalmente, si se modifica, regresa para una nueva evaluación por diputados federales quienes, sin embargo, sólo pueden analizar los cambios realizados por los senadores, pudiendo mantenerlos o recuperar el texto original. Luego se pasa a la sanción o veto presidencial (de todo el texto o de partes específicas).

Existe gran expectativa en el mercado y también entre los dirigentes políticos del Congreso Nacional respecto de una rápida sanción, debido a los diversos cambios que traerá la nueva ley al sector. “Con estos cambios en las reglas de seguros, el sector puede saltar del actual 6% del Producto Interno Bruto (PIB) al 10% en 2030. Todos se benefician de estos cambios, la sociedad y el sector de seguros, y esto es positivo para la reanudación. Del crecimiento económico brasileño”, declaró el relator del texto aprobado, el diputado Reginaldo Lopes, poco después de que el plenario de la Cámara concluyera la votación, el martes.

Riesgo cambiante

En los supuestos en que exista un aumento del riesgo inicialmente calculado para definir la prima a pagar y el aumento de esta prima recalculada sea superior al 10%, el asegurado podrá rechazar el aumento y solicitar la resolución del contrato dentro de los 15 días, contados a partir de cuándo se enteró del cambio de precio. La eficacia de la revocación, sin embargo, computará desde el momento en que se agravó el estado de riesgo.

Si durante este período se produce un accidente (la destrucción del bien asegurado, por ejemplo), el asegurador sólo podrá negarse a indemnizar si demuestra la relación de causalidad entre el correspondiente agravamiento del riesgo y el accidente ocurrido.

Si se produce una reducción relevante del riesgo, el valor de la prima se reducirá proporcionalmente, descontándose, en la misma proporción, los gastos ocasionados con el contrato.

Seguro de vida

El texto aprobado deroga el apartado del Código Civil sobre seguros de vida y daños, absorbiendo normas existentes y detallando otras.

El proponente de un seguro de vida e integridad física podrá estipular libremente el valor, el cual podrá ser variable, tanto de la prima como del capital en caso de siniestro.

El capital asegurado debido por fallecimiento del asegurado sigue sin considerarse herencia a ningún efecto, y los planes de pensiones complementarios se equiparan a seguros de vida.

La indicación de beneficiario es gratuita y puede modificarse incluso mediante declaración de última voluntad del causante, pero si el asegurador no es informado a tiempo de la sustitución, no será responsable del error si pagó al antiguo beneficiario.

Si el asegurador, al tener conocimiento del fallecimiento del asegurado, no identifica al beneficiario o dependiente del asegurado dentro de los tres años de prescripción para reclamar el capital asegurado, el dinero se considerará abandonado y deberá ser depositado en el Fondo Nacional de Calamidades Públicas, Protección y Defensa Civil (Funcap).

En cuanto al período de gracia, la PL 2597/24 prohíbe su exigencia en el contrato si se trata de una renovación o sustitución de un contrato existente, aunque sea de otro asegurador.

En cualquier caso, el período de carencia no podrá acordarse de forma que anule la garantía y no podrá ser superior a la mitad de la duración del contrato, generalmente de un año.

El texto sigue permitiendo la exclusión, en los seguros de vida, de la garantía para siniestros cuya causa exclusiva o principal derive de enfermedades preexistentes, pero esta exclusión sólo podrá reclamarse si no se ha pactado un período de carencia y siempre que el asegurado, tras ser cuestionado claramente, omitir voluntariamente información sobre la preexistencia de la enfermedad.

Si se pacta un período de carencia, el asegurador no podrá negar el pago del capital por razón de enfermedad preexistente.

La falta de percepción del capital asegurado por suicidio ocurrido dentro de los dos años siguientes al período del seguro de vida sigue siendo válida, pero si el acto ocurre durante este período debido a una amenaza grave o defensa propia de un tercero (para proteger a otra persona, por ejemplo) esto no se considerará para propósitos de gracia.

Tampoco será posible que el asegurador deniegue el pago del capital asegurado, aunque esté previsto contractualmente, cuando la muerte o incapacidad resulte del trabajo, la prestación de servicios militares, actos humanitarios, el uso de medios de transporte de riesgo o deportes.

En el caso de tomadores de mayor edad, la negativa a renovar tras renovaciones sucesivas y automáticas durante más de diez años deberá ir precedida de una comunicación al tomador con una antelación mínima de 90 días.

Al mismo tiempo, la compañía deberá ofrecer otros seguros con garantía similar y precios renegociados actuarialmente, prohibiendo nuevos periodos de carencia y el derecho a denegar la prestación por hechos preexistentes.

La excepción será si el asegurador cierra operaciones en el ramo o modalidad.

En los seguros de vida colectivos, la modificación de los términos del contrato vigente que pueda generar efectos contrarios a los intereses de los asegurados y beneficiarios dependerá del acuerdo expreso de asegurados que representen al menos las 3/4 partes del grupo.

Seguro colectivo

En relación con los seguros colectivos, actualmente regulados por resoluciones de la Superintendencia de Seguros Privados (Susep), el proyecto permite que sólo quienes tengan un vínculo previo no asegurador con el grupo de personas se beneficien del beneficio del grupo para actuar como estipulador (una empresa, por ejemplo), que contratará el seguro. En caso contrario, el seguro se considerará individual.

Para que sean válidas las excepciones y defensas de la compañía aseguradora con motivo de las declaraciones hechas para formar el contrato, el documento de adhesión al seguro deberá ser cumplimentado personalmente por el asegurado o beneficiarios.

Interpretación

El Proyecto de Ley 2597/24 determina que el contrato de seguro debe ser interpretado y ejecutado de buena fe. Las diferencias de interpretación deberán resolverse en el sentido más favorable al asegurado, al beneficiario o al tercero perjudicado si se relacionan con cualesquiera documentos elaborados por el asegurador, tales como piezas publicitarias, materiales impresos, instrumentos contractuales o precontractuales.

Las cláusulas de exclusión de riesgos y pérdidas o que impliquen limitación o pérdida de derechos y garantías tienen una interpretación restrictiva en cuanto a su incidencia y alcance, correspondiendo al asegurador probar la existencia de hechos que sustenten esta interpretación.

Reaseguro

En las relaciones entre aseguradores y reaseguradores, empresas de mayor tamaño que asumen con descuento parte del riesgo contratado por el asegurado, el texto permite que el pago al asegurado sea realizado directamente por el reasegurador si éste es insolvente.

En cuanto a los pagos de reaseguro, adelantados al asegurador para reforzar su capital con el fin de cumplir el contrato de seguro, deben utilizarse inmediatamente para adelantar o pagar una indemnización o capital al asegurado, al beneficiario o al tercero perjudicado.

Guardado

El proyecto también asigna obligaciones al asegurado frente al asegurador para evitarle pérdidas. Así, el asegurado deberá, al tener conocimiento del accidente (una inundación, por ejemplo) o de su inminencia:

- tomar las medidas necesarias y útiles para evitar o mitigar los efectos del accidente;

- notificar prontamente al asegurador y seguir sus instrucciones de contención o rescate; y
- proporcionar toda la información que tenga sobre el accidente, sus causas y consecuencias, siempre que el asegurador le cuestione al respecto.

Si intencionalmente (intencionalmente) incumples estos deberes, podrás perder tu derecho a la indemnización o al capital pactado, sin perjuicio de la deuda por prima y la obligación de reembolsar los gastos a cargo del asegurador.

Si incumple estos deberes involuntariamente (indebidamente), perderá el derecho a una indemnización equivalente a los daños causados por la omisión. Esto no se aplica si el interesado acredita que el asegurador tuvo conocimiento oportuno del siniestro y de la información por otros medios.

Estas medidas no serán necesarias si, al llevarlas a cabo, pondrían en peligro intereses relevantes del asegurado, del beneficiario o de terceros o si implicarían sacrificios más allá de lo razonable. No obstante, los gastos por medidas de contención o salvamento para evitar la pérdida inminente o mitigar sus efectos serán reembolsados por el asegurador hasta el límite pactado entre las partes, limitándose al 20% de la indemnización máxima si no se pactare.

La obligación de indemnizar prevalece incluso si las pérdidas no exceden el valor del deducible contratado o si las medidas de contención o salvamento han resultado ineficaces. Y en relación con las medidas de contención o salvamento que el asegurador recomiende expresamente para el caso concreto, deberá reembolsar todos los gastos ocasionados, incluso si superan el límite pactado.

Pago de reclamación

En los contratos que prevean pagos de indemnizaciones parciales, el asegurador tendrá 30 días para realizarlas una vez determinada la existencia de siniestro y las cantidades parciales a pagar.

Luego de recolectar los documentos y otros elementos, la aseguradora tendrá 30 días para pronunciarse sobre la cobertura solicitada, bajo pena de perder el derecho a negarse.

La Susep podrá fijar un plazo mayor, limitado a 120 días, para tipos de seguros en los que verificar la existencia de cobertura implique mayor complejidad en la investigación.

Se podrán solicitar documentos adicionales dentro del plazo, lo que suspende el conteo dos veces, como máximo, reanudándose el conteo el primer día hábil siguiente a la solicitud.

La excepción será la cobertura de vehículos de motor y los seguros con una suma asegurada de hasta 500 salarios mínimos vigentes. En estos casos, sólo será posible suspender una vez.

La negativa a pagar la indemnización cubierta por el seguro deberá ser expresa y motivada. Si no toma conocimiento de un hecho que antes desconocía, el asegurador no podrá cambiar el argumento tras la denegación.

Los plazos, suspensiones y solicitudes de documentación adicional se repiten una vez reconocida la cobertura en el proceso de liberación de pago, incluyendo los seguros de

vida entre aquellos con una sola suspensión.

Prescripción

El plazo de prescripción de un año, actualmente previsto en el Código Civil, continúa en la mayoría de los casos, como el cobro de primas por parte del asegurador, el cobro de comisiones por parte de los corredores de seguros o las reclamaciones entre aseguradores y reaseguradores.

También será de un año el plazo para que el asegurado pueda acudir a los tribunales reclamando indemnización, capital, reserva matemática, cuotas vencidas de rentas temporales o vitalicias y devolución de primas. En este caso, el plazo comienza desde el momento en que se tiene conocimiento de la negativa de la aseguradora.

Por otro lado, aumenta a tres años, contados a partir del hecho causante, el plazo para que los beneficiarios o terceros perjudicados exijan al asegurador indemnizaciones, capital, reserva matemática y cuotas vencidas de rentas temporales o vitalicias.

Source

Source: Fenacor

Link:
https://www.fenacor.org.br/noticias/lei-dos-contratos-sera-sancionada-ate-o-final