

Lima,

Resolución S.B.S.

Nº -2011

***El Superintendente de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones***

CONSIDERANDO:

Que, conforme al artículo 345° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley Nº 26702 y sus modificatorias, en adelante Ley General, es objeto de la Superintendencia proteger los intereses del público en el ámbito de los sistemas financiero y de seguros;

Que, conforme a lo establecido en los artículos 9° y 326° de la Ley General, las empresas del sistema de seguros determinan libremente las condiciones de las pólizas, sus tarifas y otras comisiones, las cuales deben ser puestas en conocimiento del público, de acuerdo con las normas que establezca la Superintendencia;

Que, mediante Ley Nº 29571 se aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor, en adelante el Código, que establece normas en materia de protección de los consumidores a fin que accedan a productos y servicios idóneos y que gocen de los derechos y los mecanismos efectivos para su protección, reduciendo la asimetría informativa, corrigiendo, previniendo o eliminando las conductas y prácticas que afecten sus legítimos intereses;

Que, en consecuencia resulta necesario regular el derecho de acceso de los usuarios a la información sobre los productos y servicios comercializados por las empresas del sistema de seguros, en la medida que la transparencia de información constituye un factor importante para la promoción de la competencia en el mercado, lo que coadyuva al desarrollo del sistema y permite a los usuarios tomar mejores decisiones con relación a las operaciones y servicios que deseen contratar con las empresas del sistema de seguros sobre una base más informada;

Que, es necesario que las empresas del sistema de seguros fortalezcan sus sistemas de atención al usuario, contando con personal capacitado y apto para brindar información veraz, oportuna, adecuada y suficiente sobre los productos y servicios comercializados, satisfacer las inquietudes y solicitudes de los usuarios dentro de plazos razonablemente establecidos, a fin de fortalecer la confianza del público en general respecto del mercado de seguros;

Que, se considera necesario elaborar un cuerpo normativo que regule la transparencia de información y la atención de los usuarios en el ámbito del sistema de seguros, que comprenda disposiciones especiales sobre la materia;

Estando a lo opinado por las Superintendencias Adjuntas de Seguros, y Asesoría Jurídica, así como por la Gerencia de Productos y Servicios al Usuario; y habiéndose cumplido con el plazo de difusión de los proyectos de normas legales de carácter general

PREPUBLICACIÓN SBS

a que se refiere el artículo 14° del Reglamento que establece disposiciones relativas a la publicidad, publicación de proyectos normativos y difusión de normas legales de carácter general, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2009-JUS; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 7 y 18 del artículo 349° de la Ley General;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Reglamento de Transparencia de Información y Disposiciones Aplicables a la Contratación de Seguros, en los términos que se indican a continuación:

“REGLAMENTO DE TRANSPARENCIA DE INFORMACIÓN Y DISPOSICIONES APLICABLES A LA CONTRATACIÓN DE SEGUROS

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- Alcance

Las disposiciones de la presente norma son aplicables a las empresas de seguros a que se refiere el literal D del artículo 16° de la Ley General, en adelante las empresas, así como a los corredores de seguros y a los ajustadores de seguros, en lo que corresponda.

Artículo 2°.- Definiciones

Para efectos de lo dispuesto en la presente norma considérense las siguientes definiciones y referencias:

- a. Ajustadores de siniestros: Personas naturales y jurídicas que realizan las funciones establecidas en el artículo 343° de la Ley General.
- b. Asegurado: Titular del interés asegurable, objeto del contrato de seguro; puede ser también el contratante del seguro.
- c. Beneficiario: Persona designada en el contrato de seguro por el contratante o asegurado como titular de los derechos indemnizatorios establecidos en el referido contrato.
- d. Certificado de seguro: Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada, y que contiene la información mínima sobre las condiciones de aseguramiento, conforme a las disposiciones de la Superintendencia.
- e. Carta de nombramiento: Documento por el cual el contratante designa al corredor de seguros como su representante frente a la empresa de seguro, para efectuar actos administrativos, más no de disposición, en el marco de lo establecido en el artículo 340° de la Ley General. Dicho nombramiento puede ser realizado en forma escrita o a través de medios distintos siempre y cuando quede acreditada su autenticidad y permitan determinar en forma fehaciente dicha designación.
- f. Código de Consumo: Código de protección y defensa del consumidor, aprobado mediante Ley N° 29571.
- g. Contratante: Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de asegurado.

PREPUBLICACIÓN SBS

- h. Contratante y/o asegurado potencial: Persona a quien la empresa, a través de sus diferentes canales de comercialización, y los corredores de seguros le ofrecen el seguro.
- i. Contrato de seguro: Acuerdo de voluntades por el cual la empresa se obliga, como consecuencia del pago de una prima, a indemnizar al asegurado o a un tercero, dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza de seguro, en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. Los caracteres del contrato de seguro no deberán ser inferiores a tres (3) milímetros.
- j. Convenio de pago: Documento en el que consta el compromiso por parte del contratante o asegurado de pagar la prima comercial en la forma y plazos acordados con la empresa. La formalidad de su emisión corresponde a las empresas.
- k. Corredores de seguros: Personas naturales o jurídicas inscritas en el Registro de Intermediarios y Auxiliares de Seguros que, a solicitud del contratante pueden intermediar en la celebración de los contratos de seguros, brindando asesoría con relación al seguro en materias de su competencia.
- l. Días: Días calendario.
- m. Enfermedad preexistente: Aquella definida en el artículo 2° de la Ley N° 29561
- n. Facilidades de pago de primas: Aquellas que otorga la empresa de seguros, mediante la cual se permite al contratante pagar la prima correspondiente al período de vigencia del contrato de seguro, en cuota única diferida o en cuotas periódicas, según los términos acordados en el Convenio de Pago y de acuerdo al Reglamento de pago de primas.
- o. INDECOPI: Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual.
- p. Ley General: Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por Ley N° 26702, y sus normas modificatorias.
- q. Ley de Represión de la Competencia Desleal: Ley aprobada por Decreto Legislativo N° 1044.
- r. Póliza de Seguro: Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las condiciones generales, particulares, especiales, cláusulas adicionales, endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el contratante o asegurado, con ocasión de la contratación del seguro.
- s. Prima pura de riesgo: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.
- t. Prima comercial: Incluye la prima pura de riesgo, recargos por concepto de administración, producción y redistribución de riesgos (coaseguro y reaseguro), el derecho de emisión o cualquier otro recargo o costo adicional, así como el beneficio comercial de la empresa.
- u. Público en general: Comprende a cualquier persona natural o jurídica que potencialmente puede llegar a ser usuario del sistema de seguros.
- v. Reclamo: Corresponde a la definición establecida en la Circular G-146-2009 "Servicio de atención al usuario".
- w. Registro: Registro de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP aprobado por Resolución SBS N° 1136-2006 y sus modificatorias.
- x. Reglamento de Comercialización: Reglamento Marco de Comercialización de Productos de Seguros aprobado por Resolución SBS N° 2996-2010 y sus modificatorias.
- y. Reglamento del pago de primas: Reglamento del Pago de Primas de Pólizas de Seguro, aprobado mediante Resolución SBS N° 225-2006 y sus modificatorias.
- z. Reglamento de Pólizas: Reglamento de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, aprobado mediante Resolución SBS N° 1420-2005 y sus modificatorias.
- aa. Reglamento de Sanciones: Reglamento de Sanciones, aprobado mediante Resolución SBS N° 816-2005 y sus modificatorias.

PREPUBLICACIÓN SBS

- bb. Superintendencia: Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.
- cc. Usuarios: Los contratantes, asegurados o beneficiarios de seguros.

Artículo 3°.- Principio de transparencia de información

La transparencia de información es un mecanismo orientado a mejorar el acceso a la información del usuario, con la finalidad de que éste pueda, de manera responsable, tomar decisiones informadas con relación a los servicios que desee contratar o productos que desee adquirir.

Las empresas y, de ser aplicable, los corredores de seguros, deberán proporcionar a los usuarios información clara, suficiente, concreta y oportuna, que les permita conocer los costos, derechos y obligaciones que involucra la suscripción de un contrato de seguros.

La transparencia de información no sólo resulta aplicable antes y durante la celebración del contrato de seguros sino a lo largo de toda la relación contractual conforme lo establece el presente Reglamento.

Artículo 4°.- Determinación de las condiciones de las pólizas

Las empresas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley General, establecen libremente las condiciones de las pólizas, sin embargo deben hacerlas de conocimiento de la Superintendencia de manera previa a su comercialización, según las disposiciones establecidas sobre el particular. Sin embargo, dicha disposición no resulta oponible a las normas que posteriormente emita la Superintendencia, referidas a la aprobación administrativa de las cláusulas generales de contratación de los contratos de consumo de acuerdo a lo establecido por el Código de Consumo.

Asimismo, las empresas determinan libremente las primas comerciales de los diferentes productos que puedan ofrecerse en el mercado, así como los cargos por servicios adicionales que asumirá el contratante.

En ningún caso las empresas podrán cobrar a los contratantes o asegurados, primas de seguro u otros costos adicionales por conceptos no informados previamente, relacionados con el seguro contratado.

TÍTULO II

TRANSPARENCIA DE INFORMACIÓN QUE SE BRINDA SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS, EN LA ETAPA PREVIA A SU SUSCRIPCIÓN

CAPÍTULO I

OBLIGACIÓN DE LAS EMPRESAS DE INFORMAR SOBRE LAS CONDICIONES DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

Artículo 5°.- Difusión de información sobre productos de seguros

Las empresas deberán brindar información sobre los seguros que ofertan, indicando en forma clara y detallada los riesgos cubiertos, el monto de la prima comercial o la forma en que será determinada, las exclusiones del seguro, las cargas, obligaciones y/o garantías de cargo del asegurado cuya inobservancia puede afectar la cobertura, así como el procedimiento para solicitar la cobertura del siniestro y otra información contemplada en el Reglamento de pólizas. Asimismo, el modelo de póliza

PREPUBLICACIÓN SBS

a ofertar debe contar con el código de identificación asignado por el Registro. La obligación de brindar información también resulta aplicable a los corredores de seguros en caso de intermediación.

Tratándose de productos de seguros que incorporen componentes de ahorro o inversión, se deberá informar adecuadamente sobre las comisiones por administración del fondo debidamente sustentadas, la rentabilidad garantizada o estimada y la periodicidad del cobro o pago de dichos conceptos, según corresponda.

Tratándose de productos en los que corresponda al contratante o asegurado asumir el pago de tributos, se deberá indicar expresamente la obligación respectiva, el tipo de tributo al que se sujeta, el porcentaje y el monto aplicable.

En los casos de intermediación, las empresas deberán informar a los usuarios sobre las comisiones que se pagarán a los corredores de seguros por la labor de asesoría que le brindarán durante toda la vigencia de la póliza.

Artículo 6°.- Medios para la difusión de la información sobre productos de seguros

Las empresas deberán garantizar que, independientemente del canal de comercialización que se emplee, el personal encargado de ofertar el producto de seguros al usuario, se encuentre capacitado para brindar información sobre los diferentes productos de seguros que ofrecen.

Las empresas deberán difundir en sus oficinas de atención al público y páginas web, al menos, los modelos de condicionado general ordenados por riesgos y/o tipo de productos con las que operan, las primas comerciales referenciales, los medios establecidos para comunicar la ocurrencia de un siniestro, así como los procedimientos generales para la presentación de un reclamo.

Artículo 7°.- Contenido mínimo de información a través de la página web

A fin de que el público en general pueda tener información completa sobre los productos de seguros que ofertan las empresas, estas últimas deberán difundir la siguiente información en sus respectivas páginas web:

- a) Información actualizada sobre los productos de seguros que ofrecen, con su respectivo código de identificación en el Registro, ordenados por riesgo o por tipo, precisando el canal por el que es ofrecido el producto.
- b) Información sobre el procedimiento para presentar la solicitud de cobertura, incluyendo la información mínima que debe adjuntarse en caso de siniestro, de acuerdo al tipo de producto.
- c) Las distintas instancias ante las cuales pueden recurrir los usuarios para presentar sus denuncias y/o reclamos, en caso de siniestros rechazados, tales como: la propia empresa, el INDECOPI, la Defensoría del Asegurado, entre otros, según corresponda.
- d) La relación de la fuerza de ventas vigente, así como la de comercializadores, conforme a las modalidades contempladas en el Reglamento de Comercialización.
- e) La relación de siniestros rechazados, con periodicidad trimestral, de acuerdo al Anexo 2, dicha información deberá ser publicada dentro de los quince (15) días del trimestre siguiente, debiéndose mostrar información histórica trimestral del total de siniestros rechazados por la empresa en el último año. Dicha información deberá ser consistente con aquella que la empresa remita periódicamente a esta Superintendencia.
- f) Las preguntas más frecuentes que tengan los usuarios con sus respectivas respuestas.
- g) Enlace permanente con la sección "Transparencia" de la página web de la Superintendencia.

Artículo 8°.- Modelos de pólizas inscritas en el Registro de pólizas y notas técnicas

En concordancia con las normas referidas al Registro, las empresas deben mantener actualizados los modelos de las pólizas de seguros incorporados en el mencionado Registro, para efectos de la adecuada información a los usuarios y público en general sobre los productos que ofrecen las empresas, toda vez que según la normativa vigente las empresas solo pueden comercializar los productos cuyo modelo de condicionado se encuentre disponible en referido Registro, a través de la página web de la Superintendencia.

Artículo 9°.- Publicidad de productos y servicios

En los casos donde la información que se difunda tenga contenido publicitario, las empresas deberán observar las disposiciones contenidas en la Ley de Represión de la Competencia Desleal, el Código de Consumo, en la medida de lo practicable, y cualquier otra disposición que pudiera emitirse sobre la materia.

El costo de un seguro anunciado en un medio publicitario deberá resultar igual al costo total del seguro, es decir el valor de la prima comercial más los impuestos que resulten aplicables y cualquier otro cargo que sea trasladado al contratante o asegurado; sin perjuicio que pueda expresarse adicionalmente información sobre el costo asociado a la prima fraccionada de conformidad con el Reglamento del pago de primas.

TÍTULO II

INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SER PUESTA A DISPOSICIÓN DEL USUARIO A EFECTOS DE LA CONTRATACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE SEGUROS

Artículo 10°.- Deber de informar a los contratantes o asegurados potenciales

Para efectos de la formalización del contrato de seguros, las empresas deben brindar a los contratantes o asegurados potenciales toda aquella información vinculada al producto de seguro ofertado en la etapa previa a la contratación, entendiéndose como tal al periodo de tiempo que toma celebrar el contrato. Dicha obligación se extiende a los corredores de seguros cuando actúen como intermediarios entre el usuario y la empresa.

Las empresas deberán informar a los contratantes o asegurados potenciales que tienen el derecho de designar a un corredor de seguros, mediante una carta de nombramiento, quien se encontrará facultado para realizar en su representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses respecto de la materia asegurada, la misma que puede ser revocada en cualquier momento, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para efectos de emitir la carta de nombramiento.

Los corredores de seguros, cuando sea pertinente, deberán brindar información respecto de su función de asesoría durante la vigencia del contrato, resaltando la función que cumplirán ante la ocurrencia de un siniestro. De igual manera, deberán hacer de conocimiento que será la empresa quien asumirá la comisión de agenciamiento por la intermediación efectuada en caso de suscribirse el contrato, así como sobre los alcances de la póliza de responsabilidad civil profesional que garantiza el cumplimiento de sus obligaciones como intermediario de seguros.

Sin perjuicio del cumplimiento de la obligación indicada en el primer párrafo del presente artículo, las empresas y los corredores de seguros, de ser el caso, una vez suscrito el contrato de seguros, deberán mantener canales de comunicación disponibles con la finalidad de absolver, en cualquier

PREPUBLICACIÓN SBS

momento, las consultas de los usuarios respecto de las coberturas contratadas y brindar una adecuada atención en casos de siniestro y entregar la información sobre los alcances de la cobertura de póliza que solicite el usuario, entre otros aspectos relevantes.

Artículo 11°.- Requerimiento de información para la determinación de las condiciones del riesgo

Tratándose de seguros donde la materia asegurada es la salud, vida o integridad de una persona natural, las empresas y los corredores de seguros, de ser el caso, deberán solicitar a los usuarios, declaraciones de salud, proporcionándoles para tal efecto los formatos necesarios que deberán ser suscritos y conservados conjuntamente con el contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 25° del presente Reglamento.

Las empresas y los corredores de seguros, deberán hacer de conocimiento del usuario sobre la importancia de informar fidedignamente lo requerido en dichos documentos respecto de las condiciones de salud y estado físico, las enfermedades preexistentes así como los antecedentes médicos de que disponga; resaltando que, en caso no se complete dicha información la cobertura contratada podría quedar excluida según las condiciones del contrato de seguros. Dicho requerimiento debe constar expresamente en los formularios que para tales efectos se entregue a los usuarios.

Sin embargo, si la empresa no considerara exigible las referidas declaraciones, como requisito para la contratación de la cobertura de seguros, no podrá considerar como causal de exclusión la falta de información que debería consignarse en dichas declaraciones. Asimismo, la empresa no podrá rechazar un siniestro aduciendo la falta de declaración de condiciones físicas o dolencias no consultadas al usuario en la declaración de salud o exigiendo condiciones que no guarden relación con el siniestro.

De igual manera, en el caso de seguros patrimoniales, las empresas y los corredores de seguros, de ser el caso, realizarán una evaluación al objeto expuesto al riesgo, para lo cual deberán solicitar la información que permita identificar las posibilidades de su afectación y calcular en base a ello la prima comercial, informando de ello al contratante y/o asegurado potencial del seguro. En caso no se cuente con la información o la empresa no la solicite, se procederá de la forma indicada en el párrafo anterior.

Artículo 12°.- Entrega de información

Para la contratación de un seguro, las empresas y los corredores de seguros, en caso corresponda, deben entregar al contratante y/o asegurado, conjuntamente con el contrato y certificado de seguro para el caso de seguros de grupo o colectivos, un resumen y demás documentación de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento de Pólizas, debiendo quedar constancia de la fecha de entrega.

En caso de existir dudas sobre los conceptos que contiene la póliza de seguros, el certificado de seguros y/o el resumen de condiciones, la empresa o cuando corresponda, los corredores de seguros, deberán absolverlas de conformidad con lo señalado en el artículo 10° del presente Reglamento. Posteriormente, se mantendrán los cargos de recepción de dichos documentos que acreditarán que el contratante y/o asegurado ha leído los mismos y que además le han sido absueltas sus dudas, en caso las hubiera.

Artículo 13°.- Comunicación de agravación del riesgo

Las empresas deberán hacer de conocimiento el procedimiento que deberán observar los usuarios y/o corredores de seguros, cuando corresponda, para comunicar las circunstancias que agraven el riesgo, precisando los plazos que se deberá observar para tal fin, y las consecuencias sobre la falta de dicha

PREPUBLICACIÓN SBS

comunicación. Dicho requerimiento debe constar expresamente en el condicionado general o particular de la póliza y la forma en que debe efectuarse la comunicación correspondiente a las empresas, considerando que es un requisito indispensable para mantener la cobertura del riesgo.

La citada comunicación deberá referirse a todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la empresa al inicio del contrato, no lo habría celebrado o se habrían pactado condiciones más onerosas para el usuario.

TÍTULO III

Capítulo I

TRANSPARENCIA DE INFORMACIÓN QUE SE BRINDA AL USUARIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGUROS

Artículo 14°.- Requisito previo para proceder a la modificación de las pólizas de seguros

Las modificaciones de las condiciones de las pólizas de seguros que las empresas realicen a sus productos, podrán ser aplicadas a los nuevos contratos de seguros. La modificación de las estipulaciones contractuales sólo procederá en la medida que hayan sido previamente acordadas por las partes y comunicadas a través de un aviso escrito al usuario, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la vigencia de la modificación.

El usuario podrá manifestar expresamente su rechazo a la propuesta antes de la entrada en vigencia de las modificaciones informadas; en caso contrario, se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas, teniendo vigencia la cobertura de manera inmediata a la finalización del plazo mencionado. En caso de rechazo de la propuesta por parte del usuario, la cobertura no será materia de renovación.

Sin perjuicio de lo expuesto en el presente artículo, para los usuarios que se encuentran dentro del alcance del Código de Consumo, resulta aplicable lo dispuesto en el artículo 72° de dicha norma, referente a las condiciones aplicables a los seguros y planes de salud.

Artículo 15°.- Medios de comunicación a ser utilizados

Los medios de comunicación que sean utilizados por la empresa deberán permitir que el usuario esté en capacidad de tomar conocimiento adecuado y oportuno de las modificaciones a ser efectuadas.

En este sentido, y en tanto resulte posible, tratándose de las modificaciones recogidas en el artículo 14°, la empresa deberá pactar con el contratante la utilización de mecanismos directos de comunicación, como son las comunicaciones enviadas al domicilio del usuario, vía correo electrónico, entre otros, los que deberán estar expresamente consideradas en el contrato correspondiente. Las empresas deberán mantener una constancia de recepción de la comunicación remitida.

Artículo 16°.- Registro de fecha efectiva de los Pagos

En los lugares de pago puestos a disposición de los usuarios, se deberá registrar oportuna y adecuadamente los pagos de la prima comercial correspondiente. En tal virtud, los pagos realizados en dichos lugares deberán ser considerados como efectuados a las empresas con la finalidad de no afectar la cobertura del seguro.

Artículo 17°.- Resolución unilateral del contrato

El usuario podrá solicitar a la empresa la resolución del contrato de seguros siempre que haya cumplido previamente con el pago de las obligaciones devengadas que a la fecha de la solicitud se encuentren pendientes provenientes de dicho contrato. Dicha facultad podrá ser ejercida utilizando la misma forma, lugar y medios a través de los cuales el contrato fue celebrado. Cuando el usuario haya pagado una prima comercial por un período mayor, al momento de la solicitud de resolución, las empresas deberán calcular los importes por devolver al usuario.

La empresa tendrá un plazo de treinta (30) días como máximo para atender la solicitud presentada por el usuario.

Capítulo II
DISPOSICIONES APLICABLES A LA OCURRENCIA DE SINIESTROS

Artículo 18°.- Informes de los ajustadores de siniestros

En el caso de la ocurrencia de siniestros que determinen la contratación de servicios de ajuste de siniestros, conforme a las condiciones del contrato de seguros; sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 22° respecto al encargado de asumir el costo por este servicio, las empresas deberán informar al usuario el costo de dichos servicios.

El convenio de ajuste que se suscriba deberá considerar el plazo para la entrega del informe correspondiente. El referido informe debe estar a disposición de las partes a su solicitud.

En aplicación de las normas que regulan su actividad, los ajustadores de seguros son responsables de cumplir con las disposiciones sobre su independencia señaladas en el reglamento que regula sus actividades, lo que determina que les resulte prohibido coordinar con algunas de las partes del contrato de seguros, aspectos correspondientes a las conclusiones de su informe, de manera previa a su entrega a las partes.

Artículo 19°.- Necesidad de fundamentar el rechazo de siniestros

El rechazo de un siniestro debe ser fundamentado por la empresa, debiendo contar con el respectivo sustento en el expediente correspondiente a la póliza materia de la solicitud de cobertura. Deberán incluirse los informes técnicos que se hubieran emitido, los informes de ajuste preparados por los ajustadores de siniestros, de ser pertinente, y demás documentos que sustenten la decisión adoptada por las empresas; dichos expedientes deberán encontrarse a disposición de la Superintendencia.

Las empresas deberán informar detalladamente, mediante comunicación escrita cursada al usuario, o corredor de seguros según corresponda, los motivos que sustentan el rechazo del siniestro, adjuntando copia de los documentos tomados en cuenta para fundamentar su decisión, debidamente suscrita por el responsable del área encargada de evaluar los siniestros. Dicha comunicación deberá ser elaborada y enviada de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 332° de la Ley General. Los informes elaborados por los ajustadores de siniestros deben ser puestos a disposición de los usuarios y/o corredores de seguros, en caso corresponda.

La acreditación de la entrega de la información al usuario, a que se refiere este artículo deberá ser conservada por las empresas de acuerdo al artículo 25° del Reglamento.

En caso la comunicación de rechazo de cobertura sea cursada al corredor de seguros, éste deberá entregarla al usuario, según corresponda, en un plazo máximo de siete (7) días útiles, después de

PREPUBLICACIÓN SBS

recibida, debiendo brindarle la asesoría que resulte necesaria, de acuerdo a las obligaciones establecidas en el marco regulatorio vigente. En los referidos casos, si la empresa remite la mencionada comunicación directamente al usuario, debe remitir además una copia al corredor de seguros, a efectos que éste cumpla con su obligación de asesoramiento.

Cuando las empresas suscriban contratos de agencia con corredores de seguros, deberán asegurarse de incluir entre sus obligaciones que, a requerimiento de la empresa, deberán sustentar la efectiva entrega de la referida comunicación.

Artículo 20°.- Rechazo de siniestros por casos de pre existencias

En el caso de seguros de vida y seguros de salud, si la empresa determina que existen afectaciones o dolencias a la salud que no fueron informadas por el usuario a través de la declaración señalada en el artículo 11° del presente Reglamento, y que ameritaría declarar su preexistencia con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización, la empresa deberá contar con documentos certificadorios que acrediten la presencia de la citada afectación o dolencia con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro. Dicha situación deberá ser comunicada al usuario y/o corredor de seguro, según corresponda, de acuerdo a lo descrito en el artículo anterior.

Artículo 21°.- Información al usuarios

En la comunicación a la que se refiere el artículo 19°, las empresas deberán incorporar un apartado referido a las diferentes instancias a las que podrían acudir los usuarios, en el supuesto que no se encuentren conformes con los fundamentos que sustentan el rechazo del siniestro, como es el caso de la Defensoría del Asegurado, el INDECOPI, la vía arbitral, la judicial, entre otros, según corresponda.

En materia del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, la empresa deberá hacer mención expresa al Instituto Nacional de Rehabilitación como instancia recurrible en vía de arbitraje ante el Centro de Solución de Controversias de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Artículo 22°.- Gastos generados en la investigación de siniestros

Los gastos por concepto de peritajes, ajustes y demás pruebas requeridas para determinar la cobertura o rechazo de un siniestro están a cargo de las empresas y deberán ser puestos de conocimiento del usuario, según lo establecido en el artículo 19° del presente Reglamento. Adicionalmente, el usuario podrá presentar a las empresas, bajo su costo, las pericias o pruebas de parte que estime conveniente, de no encontrarse conforme con los fundamentos utilizados por dichas entidades para sustentar el rechazo del siniestro.

En caso el usuario considere que el rechazo de un siniestro es infundado podrá, conjuntamente con la impugnación del rechazo, solicitar la devolución de los gastos incurridos, a través de los mecanismos de solución de controversias previstos en la póliza.

Artículo 23°.- Publicación sobre información sobre rechazos de siniestros

La Superintendencia, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 297° de la Ley General y sobre la base de la información remitida por las empresas, elaborará y publicará una estadística relativa al pago y rechazos de siniestros que realicen las empresas, la misma que resulta consistente con el literal e) del artículo 7° del presente Reglamento.

TITULO IV
INFORMACIÓN DE CARGO DE LOS SUPERVISADOS

Artículo 24°.- Información a la Superintendencia

Las empresas deberán enviar a la Superintendencia, con periodicidad trimestral, la relación de siniestros rechazados, de acuerdo a los anexos que se indican a continuación:

- Anexo N° 1 : Impreso y firmado
- Anexo N° 2 : En formato excel y en medio magnético

La información a que se refiere el numeral anterior, corresponde a los siniestros rechazados durante el trimestre que se reporta, debiendo ser presentada dentro de los primeros quince (15) días calendario del trimestre siguiente.

Las empresas deberán conservar, a disposición de la Superintendencia, los expedientes informados en el Anexo N° 2, para el adecuado desarrollo de las acciones de control que realice la Superintendencia.

Artículo 25°.- Obligación de la empresa de mantener un archivo de los contratos suscritos

La póliza de seguro, debidamente firmados por ambas partes, o los cargos de recepción a que se refiere el artículo 12° del presente Reglamento, deberán ser mantenidos en los archivos que la empresa haya dispuesto para su debida conservación, los mismos que estarán a disposición de la Superintendencia.

En concordancia con las disposiciones sobre comercialización de productos de seguros por sistemas de comercialización a distancia, la información de soporte de la contratación del seguro deberá ser entregada por la empresa a solicitud del usuario, para los fines probatorios que estime pertinentes.

TITULO V
SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO Y OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CAPÍTULO I
SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO

Artículo 26°.- Sistema de atención al usuario

Las empresas deben contar con un adecuado sistema de atención al usuario que permita brindar un servicio de calidad consistente con las políticas generales establecidas por la empresa, el que debe observar toda disposición legal vigente que genere obligaciones a las empresas respecto de los contratantes y/o asegurado potencial y usuarios.

El sistema de atención al usuario debe ser concebido por las empresas como un componente importante de su cultura organizacional, debe responder al entorno de su sistema de control interno y adecuarse a la naturaleza y complejidad de los negocios que conduce la empresa y de su orientación en el mercado.

Artículo 27°.- Elementos mínimos del sistema de atención al usuario

El sistema de atención al usuario que implementen las empresas deberá comprender los siguientes elementos mínimos:

PREPUBLICACIÓN SBS

- a) Políticas y procedimientos generales con relación a la atención y servicio al usuario, los que deben ser consistentes con el marco normativo vigente sobre la materia.
- b) Manual del Sistema de Atención al Usuario, el cual debe contener las políticas generales de la empresa, así como el objetivo, la descripción del funcionamiento del sistema, los mecanismos y procedimientos que serán utilizados para cumplir con los objetivos, las responsabilidades de las áreas involucradas y del Oficial de Atención al Usuario, así como los canales de comunicación y de coordinación entre ellos, la política de capacitación del personal sobre el sistema de atención al usuario, entre otros.
- c) Código de Buenas Prácticas para la atención de los usuarios, que deberá comprender las políticas diseñadas por la empresa para que los trabajadores y funcionarios, responsables de atender a los usuarios, así como los canales de comercialización que utilicen, proporcionen información y atención adecuada de conformidad con las normas vigentes. El mencionado Código deberá comprender también a la información que se proporciona a los corredores de seguros, en caso corresponda.

Artículo 28°.- Responsabilidad del Directorio y la Gerencia

El Directorio es responsable del establecimiento de las políticas y procedimientos generales que permitan a la empresa contar con un sistema de atención al usuario adecuado. Asimismo, será responsable del funcionamiento del referido sistema, del cumplimiento de las políticas, procedimientos y disposiciones contenidas en el Reglamento.

La empresa deberá designar a un Oficial de Atención al Usuario encargado de velar por el cumplimiento del sistema de atención al usuario cuyas funciones se detallan en el artículo 32° siguiente.

La Gerencia será responsable de coordinar con el Oficial de Atención al Usuario, la implementación de las medidas que sean necesarias para que el funcionamiento del sistema de atención al usuario se ajuste a las políticas generales establecidas por el Directorio, según los términos que se indican en el presente Reglamento. Asimismo, la Gerencia será responsable de asignar los recursos humanos, técnicos y logísticos que permitan al Oficial antes indicado, el cumplimiento de las funciones en virtud de lo mencionado en el Reglamento.

CAPÍTULO II

ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

Artículo 29°.- Absolución de consultas

Las empresas deberán contar con personal encargado de la atención a los usuarios con la finalidad de aclarar cualquier duda que éstos pudieran tener con relación a las características y aspectos contractuales de los diferentes productos que brinden, tanto en sus oficinas de atención al público como a través de su página web.

Las consultas que se presentan en los canales de comercialización puestos a disposición de los usuarios, deberán remitirse a las empresas. El plazo de atención correrá desde la fecha de presentación ante los comercializadores.

Artículo 30°.- Personal capacitado

El personal responsable de absolver las consultas de los usuarios deberá estar debidamente capacitado, no sólo en las materias correspondientes a los productos que comercializa la empresa, sino también en las normativas referidas a la protección al consumidor y transparencia de información,

comprendidas en el marco legal vigente. La capacitación que se proporcione al personal antes indicado, deberá estar debidamente documentada en los expedientes de información del personal o legajos del personal, mediante archivos físicos o informáticos, los cuales deberán estar a disposición de la Superintendencia.

CAPÍTULO III

RESPONSABILIDADES DEL OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

Artículo 31°.- Oficial de Atención al Usuario

El Oficial de Atención al Usuario es el funcionario encargado de velar por la implementación y cumplimiento de las políticas y procedimientos generales establecidos por la empresa, así como por el cumplimiento de todas las normativas que sustenten el sistema de atención al usuario, incluida la presente disposición, según lo indicado en el artículo 39° del Reglamento. Dicho Oficial deberá coordinar con la Gerencia los mecanismos y acciones que deberán implementarse para el adecuado funcionamiento del sistema de atención al usuario.

Las empresas deberán comunicar a la Superintendencia el nombre del Oficial de Atención al Usuario, en un plazo de cinco (05) días desde la fecha de su designación.

Artículo 32°.- Funciones y responsabilidades del Oficial de Atención al Usuario

Son funciones del Oficial de atención al usuario:

- a. Velar por la implementación y el cumplimiento de las normas vigentes en materia de transparencia de información y atención al usuario y demás disposiciones establecidas por la Superintendencia.
- b. Velar porque las empresas cuenten con áreas de atención de reclamos debidamente implementadas y con mecanismos adecuados para la absolución de sus reclamos.
- c. Coordinar con las demás áreas de la empresa la implementación de las políticas y procedimientos para el funcionamiento del sistema de atención al usuario y su debido cumplimiento.
- d. Proponer medidas que permitan a la empresa mejorar el funcionamiento del sistema de atención al usuario y sus elementos mínimos.
- e. Verificar que los medios de difusión de información sobre los productos y servicios brindados por la empresa cumplan con la normativa vigente.
- f. Verificar que el personal encargado de brindar asesoría a los usuarios con relación a los productos y servicios que brinda la empresa, así como con relación a las materias contenidas en los contratos, cumpla con los requerimientos de capacitación contenidos en el artículo 36° del Reglamento.
- g. Comprobar que el contenido de los documentos que forman parte de las pólizas de seguro utilizadas por la empresa cumpla con las disposiciones señaladas en el Reglamento.
- h. Velar porque las empresas remitan las comunicaciones previas referidas a las modificaciones contractuales dentro de los plazos previstos en el Reglamento.
- i. Coordinar con la Superintendencia los temas relacionados a la atención de los usuarios y a la transparencia de la información que difunde la empresa sobre sus productos y servicios.
- j. Reportar a la Superintendencia un informe anual referido al funcionamiento del sistema de atención al usuario.

PREPUBLICACIÓN SBS

- k. Proponer el establecimiento de mecanismos de coordinación con los corredores de seguros para la adecuada atención de las consultas y reclamos presentados por los usuarios a quienes hubiesen intermediado sus pólizas, así como las comunicaciones relacionadas con las modificaciones de las pólizas que hubiere intermediado.
- l. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

El Oficial de Atención al Usuario, para el debido cumplimiento de sus responsabilidades y la presentación del informe anual a que alude el literal J del párrafo precedente, deberá elaborar un Programa Anual de Trabajo que será puesto en consideración previa del Directorio y aprobado por éste antes del 31 de diciembre de cada año. Dicho programa deberá contener la metodología utilizada para las verificaciones y revisiones del grado de cumplimiento del sistema de atención al usuario, las actividades a realizarse, incluyendo el cronograma de su ejecución. Una copia del referido Programa Anual deberá estar a disposición de la Superintendencia.

Artículo 33°.- Presentación del Informe Anual del Oficial de Atención al Usuario a la Superintendencia

El Informe Anual referido al funcionamiento del sistema de atención al usuario deberá ser presentado a la Superintendencia dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores al cierre del ejercicio. Dicho informe deberá ser puesto en conocimiento del Directorio antes de ser presentado a la Superintendencia. El informe deberá contener información relativa a las verificaciones y revisiones efectuadas por el Oficial de Atención al Usuario de conformidad con lo indicado en el artículo 32° del presente Reglamento, así como una descripción de la metodología utilizada a que se refiere el artículo anterior.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.- Las empresas deberán informar semestralmente a esta Superintendencia, sobre los premios entregados a intermediarios y auxiliares de seguros, indicando los montos de estos, así como los criterios en virtud de los cuales se dispuso su entrega, de acuerdo a los formatos que establezca esta Superintendencia.

Segunda.- Los corredores de seguros, tanto personas naturales como jurídicas, deberán remitir a la Superintendencia, la relación de reclamos que hubiera recibido por su gestión por parte de los usuarios, de acuerdo con las disposiciones que establezca oportunamente la Superintendencia.

Tercera.- Las coberturas de salud contenidas en las pólizas de seguros que las empresas comercialicen directamente o a través de corredores de seguros, se sujetan a las condiciones establecidas en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344, y su reglamento aprobado por D. S. N° 008-2010-SA, en lo que resulte aplicable.”

Artículo Segundo.- Los anexos y modelos mencionados en el artículo 24° de las disposiciones aprobadas mediante la presente resolución, se publican en el Portal electrónico de esta Superintendencia (www.sbs.gob.pe), conforme a lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS.

Artículo Tercero.- La presente resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial “El Peruano. Las empresas contarán con

PREPUBLICACIÓN SBS

un plazo de noventa (90) días a partir de su entrada en vigencia para adecuarse a las disposiciones contenidas en el Reglamento, una vez transcurrido dicho plazo, se deja sin efecto lo dispuesto en la Circular N° S-610-2004.

Los contratos celebrados antes de la vigencia del Reglamento se rigen por las normas vigentes al momento de su celebración hasta que culmine su ejecución. En caso de prórrogas o renovaciones que operen a partir de la vigencia del Reglamento, las empresas deberán adecuar el contenido del contrato a las disposiciones de la presente norma.

Regístrese, comuníquese y publíquese,

FELIPE TAM FOX

Superintendente de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones

PREPUBLICACIÓN SBS

ANEXO N° 1

RESUMEN DE SINIESTROS RECHAZADOS (*)

Información correspondiente al trimestre..... de 2011

Código del registro SBS	Código del Riesgo	Riesgo	Número de Siniestros Reportados	Número de Siniestros Rechazados	Montos de los Siniestros Rechazados	Plazo promedio de atención de siniestros reportados	Plazo promedio de atención de siniestros rechazados
1	2	3	4	5	6	7	8
		Total					

Notas.-

(*) Esta información deberá ser concordante con los datos reportados de acuerdo a lo señalado en la Circular N° S-610-2004.

- Corresponde al código de inscripción del producto en la Superintendencia.
- Usar los códigos de riesgos que se indican en la columna "Ganancias y Pérdidas" del Cuadro Concordante de Riesgos del Plan de Cuentas para Empresas del Sistema Asegurador, Resolución SBS N° 348-95 y modificaciones.
- Nombre de los riesgos correspondientes a los códigos reportados en la columna 1.
- Número total de siniestros reportados en el trimestre que se informa.
- Número total de siniestros rechazados en el trimestre que se reporta.
- Monto total de siniestros rechazados en el período que se reporta, expresados en Nuevos Soles con dos decimales. Para las operaciones en moneda extranjera usar tipo de cambio contable al cierre del mes que se reporta.
- Plazo promedio de atención de los siniestros reportados que se informan. Dichos plazos se computan desde la recepción de las solicitudes de cobertura hasta la notificación de la respuesta a quien reportó.
- Plazo promedio de atención de los siniestros rechazados. Dichos plazos se computan desde la recepción de las solicitudes de cobertura hasta la notificación de la respuesta a quien reportó.

Gerente General

Funcionario de siniestros

PREPUBLICACIÓN SBS

ANEXO N° 2 SINIESTROS RECHAZADOS (*)

Información correspondiente al trimestre..... de 2011

Riesgo	Número de la Póliza	Número del Certificado	Número del Sinistro	Nombre o Razón Social del Asegurado	Monto del Sinistro Rechazado	Fecha de Ocurrencia	Fecha de Reporte	Fecha de Rechazo	Motivo de Rechazo	Presentación de Pruebas
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Notas.-

(*)

Corresponde a los siniestros rechazados durante el trimestre que se reporta.

- Usar los códigos de los riesgos que se indican en la columna "Ganancias y Pérdidas" del Cuadro Concordante de Riesgos del Plan de Cuentas para Empresas del Sistema Asegurador, Resolución SBS N° 348-95 y modificaciones.
- Código o número de la póliza de seguro asignado por la compañía.
- Código o número del certificado asignado por la compañía en la contratación de seguros de grupo o colectivos. En el caso de las pólizas individuales consignar el mismo número de la póliza de seguro.
- Código o número del siniestro asignado por la compañía.
- Nombre del asegurado al tratarse de personas naturales o Razón Social en caso de personas jurídicas.
- Monto del siniestro reclamado por el asegurado y que ha sido rechazado, expresado en Nuevos Soles con dos decimales. En caso de moneda extranjera, usar tipo de cambio contable al cierre del trimestre que se reporta.
- Corresponde a la fecha en que ocurrió el siniestro. En formato dd/mm/aaaa.
- Corresponde a la fecha en que la empresa toma conocimiento del siniestro. En formato dd/mm/aaaa.
- Corresponde a la fecha en que la empresa comunicó el rechazo del siniestro. En formato dd/mm/aaaa.
- Indicar el motivo del rechazo: (1) Riesgo no cubierto o excluido; (2) Enfermedad pre existente; (3) Falta de pago de la prima comercial; (4) Ocurrió fuera de la vigencia del seguro; (5) Reclamos extemporáneos (denuncia, aviso, bloqueo, etc.); (6) Beneficio consumido; (7) Documentación fraudulenta; (8) Documentación incompleta o incorrecta (falta detallar gastos, datos incompletos, etc.); (9) Facturación incorrecta (mal calculada, faltan datos, etc); (10) Copagos, deducibles o descuentos mal aplicados; (11) Excesos en costos o número de servicios, bienes o medicinas; (12) Beneficios no autorizados (bienes o servicios); (13) Otros casos.
- Indicar la relación de pruebas que sustentan el rechazo: (1) Documentos policiales; (2) Otros documentos oficiales (fiscalía, ministerios, etc.); (3) Documentos médicos; (4) Informe del ajustador o perito; (5) Certificado o acta de defunción; (6) Documentos de la compañía de seguros (pólizas, contratos, convenios, etc.); (7) Documentos del proveedor; (8) Otros