

Lima, 24 de mayo de 2013

Resolución S.B.S.
N° 3199 -2013
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 N° 26702 y sus normas modificatorias, en adelante Ley General, es objeto de la Superintendencia proteger los intereses del público en el ámbito de los sistemas supervisados;

Que, conforme a los artículos 9° y 326° de la Ley General, las empresas del sistema de seguros determinan libremente las condiciones de las pólizas y sus tarifas, sin perjuicio que en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, deben sujetarse a las condiciones mínimas y/o cláusulas que apruebe la Superintendencia, las cuales deben ser incorporadas en los correspondientes contratos de seguros;

Que, mediante Ley N° 29946, se aprobó la Ley del Contrato de Seguro, en adelante Ley de Seguros, que se aplica a todas las clases de seguro con carácter imperativo; dicha norma establece las disposiciones aplicables a la contratación de seguros, cobertura de los riesgos asegurados, identificación de cláusulas y prácticas abusivas, además de normas especiales para distintos tipos de seguros; estableciendo aquellas materias que deberán ser reguladas por esta Superintendencia;

Que, mediante Ley N° 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; dicho cuerpo normativo se aplica supletoriamente en lo no previsto en la Ley de Seguros, respecto a los contratantes o asegurados que tengan la condición de consumidor o usuario, conforme a lo previsto en el Código;

Que, corresponde establecer el contenido mínimo de las pólizas de seguro, la solicitud de seguro, folletos informativos y de la información que deben proporcionar las empresas del sistema de seguros; además de identificar las cláusulas abusivas que no deberán incluirse en los condicionados de las pólizas de seguros, así como las condiciones mínimas que deberán incorporarse en los seguros personales, obligatorios y masivos;

Que, 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 decisiones informadas con relación a los servicios que deseen contratar con las empresas del sistema de seguros;

Que, las empresas del sistema de seguros deben fortalecer 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 que comercializan, satisfacer las inquietudes y solicitudes de los usuarios, a fin de fortalecer la confianza del público respecto del mercado de seguros;

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

Que, a efectos de recoger las opiniones del público en general respecto de la propuesta de norma, se dispuso la pre publicación del proyecto de resolución en el portal electrónico de la Superintendencia, al amparo de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS;

Contando con el visto bueno de las Superintendencias Adjuntas de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y de Seguros, y de Asesoría Jurídica, así como por la Gerencia de Productos y Servicios al Usuario; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 7, 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General;

RESUELVE:

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

REGLAMENTO DE TRANSPARENCIA DE INFORMACIÓN Y CONTRATACIÓN DE SEGUROS

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

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, en lo que corresponda.

Asimismo, el reglamento resultará de aplicación supletoria en el caso de contratación de seguros obligatorios y de aquellos regulados por leyes especiales.

Definiciones

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

Asegurado: titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro, puede ser también el contratante del seguro.

Beneficiario: titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la póliza.

Certificado de seguro: documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada.

Código: Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley N° 29571 y sus normas modificatorias.

Comercializador: persona natural o jurídica con la que la empresa celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. Incluye a la comercialización a través de bancaseguros.

Condiciones generales: conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.

Condiciones especiales: conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar, y en general, modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares.

Condiciones mínimas: son aquellas cláusulas que integran el condicionado general cuyo contenido es materia de aprobación por parte de la Superintendencia.

Condiciones particulares: estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.

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.

Contratante y/o asegurado potencial: persona a quien la empresa, a través de promotores de seguros o comercializadores, y/o los corredores de seguros, le ofrecen el seguro.

Denuncia: aviso o puesta en conocimiento por parte de un usuario o un tercero, de un hecho que constituya presunta infracción de las normas que regulan a la empresa denunciada.

Días: días calendario.

Endoso: documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la empresa y el contratante, según corresponda.

Ley de Seguros: Ley del Contrato de Seguros, Ley N° 29946.

Ley General: Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 y sus normas modificatorias.

Locales comerciales: establecimientos a través de los cuales la empresa atiende al público para realizar operaciones y servicios, conforme lo establece el Reglamento de apertura, conversión, traslado o cierre de oficinas, uso de locales compartidos, uso de cajeros automáticos y cajeros corresponsales aprobado por la Resolución SBS N° 775-2008 y sus normas modificatorias.

Propuesta de seguros: propuesta de la empresa para la celebración de un contrato de seguros efectuada a un contratante y/o asegurado potencial.

Póliza de Seguro: documento que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa y el contratante. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato.

Prima pura de riesgo: costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.

Prima comercial: incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la empresa.

Prima referencial: estimado de la prima comercial sobre la base de un riesgo estándar.

Promotor de seguros: persona natural que mantiene un contrato de trabajo o de prestación de servicios, que lo faculta para promover, ofrecer y comercializar productos de seguros dentro o fuera de los locales comerciales de la empresa.

Reclamo: comunicación que presenta un usuario a través de los diferentes canales de atención disponibles en la empresa, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido o manifestando la presunta afectación de su legítimo interés.

Reglamento: Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros.

Seguros de grupo o colectivos: modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad homogénea.

Seguros masivos: seguros estandarizados que no requieren de requisitos especiales de aseguramiento en relación con las personas y/o bienes asegurables, siendo suficiente la simple aceptación del contratante para el consentimiento del seguro, y son ofrecidos directamente por las empresas, o a través de promotores de seguros o comercializadores.

Seguros obligatorios: seguros cuya contratación y condiciones de cobertura son exigidas por norma legal expresa.

Seguros personales: seguros que dan cobertura a la vida, la integridad psicofísica o la salud del asegurado, comprendiéndose a los seguros de vida (muerte y sobrevivencia), seguros de accidentes personales y seguros de salud.

Solicitud de cobertura: solicitud efectuada por el asegurado o el beneficiario ante la empresa por la ocurrencia de un siniestro respecto a la cobertura de seguro contratada.

Superintendencia: Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

Solicitud de seguro: constancia de la voluntad del contratante y/o asegurado, según corresponda, de contratar el seguro.

Tasa de costo efectivo anual (TCEA): tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el usuario, con el monto por concepto de prima comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

Tasa interna de retorno (TIR): tasa que permite igualar el monto que se ha otorgado como componente de ahorro o inversión con el valor actual del monto que efectivamente se recibe al vencimiento del plazo, calculada a un año de 360 días.

Usuarios: contratantes, asegurados o beneficiarios de seguros, inclusive los potenciales.

Principio de transparencia de información

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

Las empresas directamente, o a través de sus promotores de seguros y comercializadores; 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 celebración de un contrato de seguro, así como aquellos aspectos relevantes relacionados principalmente a los beneficios, riesgos y condiciones del seguro que se ofrece en el mercado.

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

Información de las pólizas

Las empresas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley General, establecen las condiciones de las pólizas, debiendo ponerlas en conocimiento de la Superintendencia de manera previa a su comercialización. Sin perjuicio de lo expuesto, en el caso de los seguros personales, obligatorios y masivos, las respectivas pólizas deben sujetarse a las condiciones mínimas que la

Superintendencia determine, para su aprobación previa, según las disposiciones establecidas sobre el particular.

El cumplimiento de lo señalado en el párrafo precedente se considerará como un requisito para el otorgamiento del código de identificación en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

En ningún caso las empresas podrán cobrar a los contratantes, cargos adicionales al importe de la prima comercial que estén relacionados con la cobertura materia del contrato, según fue informado y pactado.

Lo antes señalado no se aplica a servicios adicionales no relacionados a la cobertura del seguro, que sean de cargo directo de los contratante y/o asegurado.

TÍTULO II

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

Difusión de información sobre productos de seguros

Las empresas deben garantizar que, los promotores de seguros y comercializadores de los productos de seguros que se ofrecen a los usuarios, se encuentren capacitados para brindar información sobre los referidos productos, principalmente en la terminología, las coberturas, exclusiones y demás aspectos contenidos en las pólizas y las primas comerciales o primas referenciales.

Información mínima que deberá difundirse a través de la página web

Con la finalidad de que los usuarios puedan acceder a información completa y oportuna sobre los productos de seguros que ofertan las empresas, a través de la página web debe difundirse, como mínimo, lo siguiente:

Información actualizada sobre los productos de seguros que ofrecen; detallando en cada caso y ordenados por riesgo o por producto, las coberturas y exclusiones que correspondan, además de adjuntar el modelo de condicionado general correspondiente, con su respectivo código de identificación en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas y el resumen a que se refiere el artículo 16° del Reglamento.

En el caso de los seguros personales, ordenado por producto, las condiciones de acceso y límites de permanencia.

Las condiciones mínimas aprobadas por la Superintendencia conforme al artículo 27° de la Ley de Seguros, de acuerdo al tipo de producto de seguros.

Información sobre el procedimiento, plazo y canal para presentar la solicitud de cobertura, incluyendo la información y/o documentación mínima que debe adjuntarse, de acuerdo al tipo de producto de seguros.

El tarifario y/o cotizador aplicable a los seguros masivos, conteniendo la información indicada en el artículo 7° del Reglamento.

Enlace permanente con la sección "Portal del Usuario" de la página web de la Superintendencia.

Asimismo, deberá hacerse referencia a que el usuario podrá requerir orientación, adicional a la que otorga la empresa, en la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia.

Información sobre los siniestros rechazados, de acuerdo al modelo del anexo 2, ordenados por ramo y producto.

Preguntas más frecuentes por producto de seguros que tengan los usuarios con sus respectivas respuestas.

Las distintas instancias ante las cuales pueden recurrir los usuarios para presentar sus denuncias y/o reclamos, tales como: la empresa, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOP), instancias de solución de controversias a que se refiere el artículo segundo de la presente Resolución, entre otros, según corresponda.

El procedimiento aplicable para la presentación de reclamos ante la propia empresa.

El procedimiento aplicable para ejercer el derecho de arrepentimiento, en caso corresponda, conforme lo dispone el Reglamento.

Información respecto a la prima referencial aplicable en función a condiciones particulares de riesgo, establecida por rangos, en aquellos productos que identifique la Superintendencia y conforme a la forma de presentación que para tal efecto señale mediante Oficio Múltiple.

El derecho que tienen los usuarios a designar a un corredor de seguros como su representante frente a la empresa para efectuar actos administrativos mas no de disposición, en el marco de lo establecido en el artículo 340° de la Ley General.

Otra información a criterio de la empresa.

Tarifario y/o cotizador

El tarifario y/o cotizador contienen la siguiente información, por cada tipo de producto de seguros masivos comercializados por la empresa:

El monto de la prima comercial.

Los costos por concepto de deducible, franquicia, copago o coaseguro, según corresponda.

Los tributos aplicables, el porcentaje establecido y, en caso corresponda, el monto.

La tasa de costo efectivo anual (TCEA) aplicable en caso de fraccionamiento de la prima y los supuestos que determinan dicha tasa.

Cualquier concepto no relacionado a la contratación o cobertura del seguro, que corresponda trasladar al usuario.

El tarifario y/o cotizador, deberán encontrarse a disposición de los usuarios en los locales comerciales de las empresas.

Folletos Informativos

Los folletos informativos que las empresas utilicen para difundir sus productos de seguros deberán mantenerse permanentemente actualizados, y deberán contener por lo menos la siguiente información:

Folletos informativos cualitativos.- cuando los folletos solo tengan como finalidad difundir las características propias de los productos de seguro ofrecidos, dichos folletos deben ser redactados en lenguaje fácilmente comprensible y con caracteres legibles a simple vista, debiendo contener en cada caso: i) una breve descripción del producto, ii) el código de identificación en el Registro de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, iii) los riesgos cubiertos y exclusiones, iv) la existencia de deducibles, franquicias, copago o coaseguro, según corresponda, a cargo del asegurado, v) las penalidades aplicables en caso se incumplan los supuestos establecidos por la empresa para el otorgamiento de condiciones promocionales, en caso corresponda; y, v) otra información relevante identificada por la empresa.

Asimismo, deberán indicarse los canales puestos a su disposición para brindar información y presentar reclamos ante la empresa sobre el producto que se ofrece, precisando su ubicación, página web y teléfono de la empresa, en este último caso, de resultar aplicable.

Los folletos informativos que promocionen seguros de grupo o colectivos deberán incluir, además, la identificación de la empresa y el número de la póliza, con caracteres destacados y en la primera página del folleto.

En caso resulte aplicable, en el folleto informativo, deberá informarse que el usuario tiene derecho a designar a un corredor de seguros, como su representante frente a la empresa para efectuar actos administrativos.

Folletos Informativos cuantitativos.- cuando los folletos informativos incluyan información referente a la prima comercial y/o la prima referencial, deberá informarse con caracteres legibles a simple vista el monto aplicable y su periodicidad, así como la información indicada en el literal a. del presente artículo.

Adicionalmente, en caso resulte aplicable el fraccionamiento de primas, o un rendimiento garantizado o esperado en productos con componentes de ahorro o inversión, deberá considerarse lo siguiente: Respecto al costo asociado al fraccionamiento de la prima de seguros, la TCEA, y un ejemplo explicativo.

Respecto a los productos que tienen un componente de ahorro o inversión, la precisión sobre si se trata de una TIR garantizada o una TIR esperada, así como un ejemplo explicativo. En el caso de la TIR esperada deberá indicarse con una nota aclaratoria, que la referida tasa no garantiza una rentabilidad, las razones por las que esta podría fluctuar y los supuestos empleados para su estimación.

Las empresas son responsables de proporcionar a sus promotores de seguros y comercializadores los folletos informativos suficientes para garantizar que se brinde la información necesaria para el ofrecimiento de los seguros que comercialicen.

TÍTULO III

CONDICIONES MÍNIMAS DE LOS SEGUROS PERSONALES, MASIVOS Y OBLIGATORIOS

Condiciones mínimas que serán objeto de aprobación administrativa previa

De conformidad con lo establecido en los artículos 9° y 326° de la Ley General y el artículo 27° de la Ley de Seguros, las empresas tienen libertad para fijar el contenido de las pólizas. Sin embargo, las empresas deberán someter a la aprobación administrativa previa de la Superintendencia, las condiciones mínimas relacionadas a los aspectos indicados en el artículo 10° del Reglamento, de los seguros masivos, obligatorios y personales.

La aprobación de condiciones mínimas en estos productos será considerado como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Las modificaciones que las empresas deseen realizar respecto del contenido de las condiciones mínimas previamente aprobadas deberán seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en este capítulo, debiendo destacarse los cambios efectuados respecto de la versión aprobada.

No podrá modificarse a través de condiciones particulares, especiales, o endosos, las condiciones mínimas que han sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia.

Aprobación administrativa previa de las condiciones mínimas

La aprobación de condiciones mínimas, así como la determinación de cláusulas abusivas, no impide que los usuarios recurran ante las instancias administrativas y judiciales que correspondan a fin de salvaguardar sus derechos ante la posible comisión de prácticas abusivas.

La presentación de la solicitud de aprobación de las condiciones mínimas de los productos señalados en el artículo precedente, podrá realizarse físicamente o a través de los mecanismos que para tal efecto determine la Superintendencia mediante oficio múltiple.

Requieren aprobación administrativa previa de la Superintendencia los siguientes aspectos:

El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por las empresas, durante la vigencia del contrato, así como del derecho de aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencias conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.

La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.

Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.

Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral en el inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.

Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.

Efectos del incumplimiento del pago de la prima.

La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, que deberá incluirse en forma destacada en el caso de los seguros ofertados por los comercializadores.

La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.

Otras que determine la Superintendencia.

Cuando los contratos contengan condiciones relativas a las materias a las que se refiere el presente artículo, solo deberán emplearse aquellas aprobadas previamente por la Superintendencia. No obstante, en caso se presenten modificaciones a la normativa vigente que tengan un impacto en las condiciones mínimas aprobadas, las empresas deberán presentar las condiciones modificadas a la Superintendencia para su respectiva aprobación dentro de los treinta (30) días de producida la modificación normativa. Sin perjuicio de lo antes expuesto, subsiste la obligación que tienen las empresas de aplicar las normas legales de carácter imperativo desde la fecha en que estas entren en vigencia.

Las empresas podrán adoptar las condiciones mínimas que hayan sido previamente aprobadas por la Superintendencia a otras empresas individualmente u organizadas de forma grupal o gremial, a cuyo efecto deberán enviar una comunicación señalando las condiciones mínimas que solicitan adoptar y el número de la Resolución mediante la que fueron aprobadas, a fin que su uso sea autorizado por la Superintendencia.

No se podrán emplear condiciones mínimas que no cuenten con la aprobación previa de la Superintendencia, con excepción de los supuestos expresamente indicados en el Reglamento.

Difusión de condiciones mínimas

Las empresas deberán difundir a través de su página web, los modelos de pólizas que cuenten con condiciones mínimas previamente aprobadas por la Superintendencia.

Por su parte, la Superintendencia difundirá, a través de su página web, las condiciones mínimas que haya aprobado por ramo y producto.

TITULO IV

DISPOSICIONES APLICABLES A LA PÓLIZA Y DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SER PUESTA A DISPOSICIÓN DEL USUARIO PARA LA CONTRATACIÓN

Condiciones Contractuales

Las empresas deberán redactar las condiciones contractuales correspondientes a los productos y servicios que ofrecen a los usuarios en un lenguaje sencillo y claro que permita una adecuada comprensión por parte de estos de sus obligaciones y derechos.

Las condiciones generales, particulares y especiales, así como los endosos que se incorporen a las pólizas de seguro, deberán ser redactadas con caracteres no inferiores a tres (3) milímetros, para lo cual deberá verificarse que la impresión de la póliza y sus anexos cumplan con el tamaño mínimo para sus caracteres.

La solicitud de seguro y su contenido mínimo

La solicitud debe permitir para cada tipo de póliza la adecuada declaración del riesgo, con la finalidad de evitar la falta de presentación de información relevante o declaraciones inexactas por parte del usuario, sin perjuicio de la información adicional o las inspecciones, según corresponda, que pueda requerir la empresa para la evaluación del riesgo.

La referida solicitud será proporcionada por las empresas, y deberá contener información que permita la identificación del contratante, asegurado y beneficiarios, según corresponda. En la solicitud deberá indicarse que la empresa comunicará al contratante, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.

La aceptación de la solicitud del seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el contratante o asegurado en los términos estipulados por las empresas, en tanto el contratante o asegurado hubieran proporcionado información veraz.

Si la empresa no hubiera rechazado la solicitud de seguro, dicha solicitud, así como la información adicional que hubiera proporcionado el contratante o el resultado de las inspecciones para la adecuada evaluación del riesgo, formarán parte integrante de la póliza de seguro. En el caso de contratos comercializados a distancia, las empresas deben proveerse de mecanismos de seguridad que permitan comprobar que para la emisión de las pólizas hubo, previamente, una solicitud de seguro.

Entrega de pólizas o certificados de seguro

La solicitud de seguro deberá ser presentada a la empresa, al comercializador o al promotor de seguros, de ser el caso, y de no mediar rechazo de esta, dentro del plazo de quince (15) días, la empresa deberá:

En el caso de seguros individuales, entregar la póliza de seguro al contratante y/o asegurado. En caso se haya entregado la póliza al contratante, y el asegurado sea una persona distinta, este podrá solicitar copia de la póliza a la empresa, sin perjuicio del pago que podría corresponder por efectuar dicho servicio.

Tratándose de seguros de grupo o colectivos, entregar los certificados de seguro necesarios según el número de asegurados de la póliza, al contratante considerando para tal efecto el contenido señalado en el anexo N° 1.

Comunicar al corredor de seguros, en caso se haya efectuado su nombramiento, el número de registro de la póliza.

A solicitud del contratante y/o asegurado, las empresas emitirán copia de la póliza correspondiente, debiendo entregarla en el plazo establecido en el artículo precedente. El derecho del asegurado a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo a la empresa deberá figurar impreso en el certificado de seguro.

Contenido de las pólizas de seguro

15.1 Las pólizas de seguros deberán observar, adicionalmente a lo previsto en los artículos 26° y 28° de la Ley de Seguros, la siguiente información:

Relación de documentos e información que se requiere para proceder al proceso de liquidación del siniestro.

Mecanismos de solución de controversias, en caso corresponda.

El derecho de arrepentimiento, aplicable en aquellos supuestos desarrollados en el artículo 19° del Reglamento.

Derecho de renovación o prórroga unilateral del contrato, en caso corresponda.

15.2 Sin perjuicio de lo expuesto, para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Ley de Seguros y la Ley General, las empresas deberán considerar lo siguiente:

Para el caso de la información sobre el nombre, denominación o razón social y domicilio del contratante y/o asegurado o del beneficiario, según sea el caso, deberán considerarse las disposiciones de las Normas Complementarias para la Prevención del Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, emitidas por la Superintendencia.

Las condiciones generales deben figurar en la póliza de tal forma que sea posible para los usuarios distinguirlas o diferenciarlas de las condiciones particulares, especiales y/o endosos que formen parte de la póliza.

Los criterios y procedimientos de actualización de las primas así como la evolución del importe de las primas, a que se refiere el literal e) del artículo 26° de la Ley de Seguros, resultan aplicables para los seguros de salud regulados en la Ley N° 29878.

La prima comercial se presentará de la siguiente forma:

PRIMA COMERCIAL	
PRIMA COMERCIAL + IGV	

Asimismo, deberá informarse que la prima comercial incluye, según corresponda, lo siguiente:

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO
Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.	
Cargos por la contratación de promotores de seguros.	

Cargos por la contratación de comercializadores.	
--	--

En aquellos casos en los que se otorguen bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores deberá hacerse referencia a la forma en que serán determinados, incluyendo los parámetros correspondientes; lo expuesto también resulta aplicable en el caso de seguros vinculados a créditos cuando las referidas bonificaciones, premios y otros beneficios se otorgan al contratante.

La distribución de la prima comercial de acuerdo con la cobertura principal y las coberturas adicionales contenidas en la póliza cuando así corresponda.

Resumen de la cobertura contratada y derechos de los usuarios

Las empresas deberán entregar a los asegurados y/o contratantes, conjuntamente con la póliza, un resumen –en documento aparte- en el que conste de manera clara y breve, la siguiente información:

Información general.-

Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la empresa de haberse habilitado uno.

Denominación del producto.

Lugar y forma de pago de la prima.

Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.

Lugares autorizados por la empresa para solicitar la cobertura del seguro.

Medios habilitados por la empresa para presentar reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.

Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias como la Superintendencia, el INDECOPI, entre otros, según corresponda.

Deberá hacerse referencia a la existencia de cargas, en caso corresponda, considerando para tal efecto el siguiente texto: *“El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho”*.

Deberá señalarse la obligación de los usuarios de informar a la empresa en caso exista una agravación del riesgo asegurado, considerando para tal efecto el siguiente texto. *“Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado”*.

Información de la póliza de seguro.-

Adicionalmente, las empresas deberán presentar la siguiente información, haciendo referencia a las cláusulas de la póliza que contemplan su desarrollo:

Los principales riesgos cubiertos.

Las principales exclusiones.

Condiciones de acceso y límites de permanencia en los seguros personales.

En caso corresponda, para los casos detallados en el artículo 19° del Reglamento, la existencia del derecho de arrepentimiento.

Referencia al derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.

La existencia del derecho de los usuarios de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por las empresas, durante la vigencia del contrato.

Referencia al procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.

TITULO V CLÁUSULAS Y PRÁCTICAS ABUSIVAS

Cláusulas Abusivas o estipulaciones prohibidas

Las cláusulas abusivas o estipulaciones prohibidas son todas aquellas estipulaciones no negociadas por las partes que, contraviniendo las exigencias de la máxima buena fe, causen un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes, en perjuicio del asegurado. Dichas cláusulas son nulas de pleno derecho, por lo que se las tiene por no convenidas.

Se considera que una cláusula no se ha negociado cuando ha sido redactada previamente y el contratante no ha influido en su contenido; recae en la empresa la prueba de la negociación previa de la cláusula.

Las estipulaciones prohibidas en el contrato de seguro son las siguientes:

Las que contravengan la Ley de Seguros y el ordenamiento jurídico vigente.

Las que establecen la renuncia por parte de los asegurados y/o beneficiarios a la jurisdicción y/o leyes que les favorezcan.

Las que establezcan plazos de prescripción que no se adecúen a la normatividad vigente.

Las que en contra de lo dispuesto por la Superintendencia, prohíban o restrinjan el derecho del asegurado a someter la controversia a la vía judicial, sin perjuicio de su derecho de acordar con el asegurador, recién una vez producido el siniestro, el sometimiento del caso a arbitraje u otro medio de solución de controversias.

Las que dispongan la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario por incumplimiento de cargas que no guardan consistencia ni proporcionalidad con el siniestro cuya indemnización se solicita.

Las que limitan los medios de prueba que puede utilizar el asegurado o que pretendan invertir la carga de la prueba en perjuicio del asegurado.

Las que establecen la caducidad o pérdida de derechos del asegurado en caso de incumplimiento de cargas excesivamente difíciles o imposibles de ser ejecutadas.

Las que imponen la pérdida de derechos del asegurado en caso de violación de leyes, normas o reglamentos, a menos que esta violación corresponda a un delito ó constituya la causa del siniestro.

Las que establezcan el cobro de cargos -adicionales a la prima comercial- por concepto de evaluación del riesgo o materia asegurada, de administración, emisión, producción y redistribución de riesgos (coaseguro y reaseguro), y de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros o contratación de comercializadores,.

Las que excluyan o limiten la responsabilidad de la empresa, sus promotores de seguros y/o comercializadores por dolo o culpa, o las que trasladen la responsabilidad al usuario por los hechos u omisiones de la empresa o de aquellos subcontratados por esta.

Las que prevean o impliquen limitación o renuncia al ejercicio de los derechos de los usuarios.

Las que autorizan a la empresa a cobrar por servicios no prestados o no autorizados por el contratante.

Las que establezcan la facultad de efectuar modificaciones a los términos contractuales pactados durante la vigencia del contrato sin aprobación previa y por escrito del contratante, o sin la aceptación del contratante dentro de los treinta (30) días de efectuada la comunicación con la propuesta de modificación.

Las que faculden a la empresa a suspender o resolver unilateralmente un contrato sin comunicarlo previamente al contratante y/o asegurado, salvo las excepciones dadas por normas con rango de ley.

Las que establezcan limitaciones a formular reclamos y/o denuncias ante la empresa, otras instancias a las que puede recurrir el usuario o a través de las vías de solución de controversias, según corresponda, por infracción de la Ley de Seguros, del Código, así como aquellas disposiciones emitidas por la Superintendencia.

Las que establezcan requisitos y requerimientos desproporcionados a los usuarios, para solicitar y/o recibir las prestaciones a cargo de la empresa.

Otras que identifique la Superintendencia.

Los condicionados de las pólizas de seguro no deben incorporar estipulaciones prohibidas, tanto las identificadas en la Ley de Seguro, el Código y el Reglamento, así como las que identifique la Superintendencia en sus labores de supervisión y que comunique a través de oficio múltiple.

Sin perjuicio de lo expuesto, la Superintendencia podrá observar aquellas cláusulas cuya redacción sea considerada ambigua o carente de claridad.

Prácticas Abusivas

Las prácticas abusivas son aquellas conductas que afectan el legítimo interés de los usuarios al aprovecharse de la situación de desventaja resultante de las circunstancias particulares de la relación de consumo, le impongan condiciones excesivamente onerosas o que no resulten previsibles al momento de contratar.

Se considera como prácticas abusivas, entre otras, las siguientes:

Las que impongan directa o indirectamente la celebración de un contrato de seguro, salvo los seguros obligatorios.

Las que impongan la contratación de seguros sobre riesgos ajenos al contrato básico, por parte de empresas cuyo objeto social no sea la actividad aseguradora.

Las que predeterminen el nombre de empresas de seguro a través de contratos conexos, de manera tal que se limite la libertad de elección del potencial asegurado.

Las que desconozcan o restrinjan el derecho del asegurado a contar con el asesoramiento en la contratación de seguros y/o servicios de gerencia de riesgos y/o siniestros de parte de un corredor de seguros autorizado.

Las que varíen la información originalmente proporcionada, las condiciones del seguro o servicios adicionales ofrecidos por la empresa antes de la celebración del contrato, sin el consentimiento expreso e informado del contratante.

Las que creen la impresión que el contratante ha ganado un premio o conseguirá ventaja cuando, tal beneficio no existe, o para tal consecución, se requiere efectuar un pago.

Las que resulten engañosas al brindar información falsa respecto de las características principales del seguro o la identidad de la empresa.

En el caso de oferta de seguros, aquellas prácticas que desorienten al potencial contratante respecto de la identidad de la empresa o la afiliación del comercializador a dicha empresa.

Las que incluyan espacios en blanco, que no hayan sido llenados o inutilizados antes que se celebre el contrato.

Las que rechacen la cobertura de un siniestro atendiendo a una condición que no hubiere sido informada por la empresa en el contrato.

Las que busquen incentivar a los asegurados para que terminen su relación comercial con corredores de seguros, con la finalidad de ofrecerles directamente la cobertura del seguro, brindando información distinta a aquella que debe ser materia de revelación conforme al reglamento o la Ley de Seguros.

En caso de terminación anticipada de la vigencia del seguro no devolver el monto que corresponda de la prima comercial por el periodo no cubierto.

La inducción a error respecto a las funciones y responsabilidades de los corredores de seguros contratados por los comercializadores y que no cuentan con carta de nombramiento de los asegurados.

En general, toda práctica que implique dolo, violencia o intimidación que haya sido determinante en la voluntad de contratar o en el consentimiento del usuario.

Otras que identifique la Superintendencia y que comunique a través de oficio múltiple.

TITULO VI ASPECTOS A INFORMAR AL MOMENTO DE CONTRATAR

Información sobre el derecho de arrepentimiento

En el caso de los seguros ofertados por los comercializadores se deberá informar respecto al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna, considerando al menos la siguiente información:

El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento aplicable a seguros individuales, que en ningún caso podrá ser inferior a quince (15) días, contado desde que el contratante recibe la póliza o nota de cobertura provisional.

El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento aplicable a seguros grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, que en ningún caso podrá ser inferior a quince (15) días, contado desde que el asegurado recibe el certificado de seguro correspondiente.

Los canales y procedimiento con los que cuenta el contratante y/o asegurado para ejercer su derecho ante la empresa.

La precisión respecto a que en caso el contratante o asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la empresa procederá a la devolución total de esta.

Resolución sin expresión de causa

En los contratos de seguro, con excepción de los seguros de vida, salud y cauciones, puede convenirse que cualquiera de las partes tiene derecho a resolver el contrato sin expresión de causa. Si la empresa o el contratante ejercen la facultad de resolver el contrato, deben comunicarlo previamente, a la otra parte, con una antelación no menor a treinta (30) días.

La empresa deberá informar respecto a los canales y procedimientos aplicables para solicitar el reembolso de la prima en forma proporcional al plazo transcurrido, sin que resulten aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución anticipada del contrato.

En el caso de seguros de vida, salud y caución, la resolución sin expresión de causa solo puede ser invocada por el contratante y con la autorización del asegurado en el caso de los seguros de caución.

Deber de informar a los usuarios

Para efectos de la formalización del contrato de seguro, las empresas deben brindar a los usuarios toda aquella información vinculada al producto ofertado en la etapa previa a la contratación. Dicha obligación se extiende a los corredores de seguros cuando actúen como intermediarios entre estos y la empresa, así como a sus promotores de seguros y comercializadores, en caso corresponda.

Adicionalmente a la información sobre el producto, las empresas deberán informar a los usuarios la TCEA en caso se considere optar por el fraccionamiento de la prima y la TREA aplicable en el caso de productos con componentes de ahorro o inversión.

Información respecto a los corredores de seguros

Los corredores de seguros deberán brindar información al contratante y/o asegurado, respecto de su función de asesoría durante la vigencia del contrato, resaltando la labor que cumplirán ante la ocurrencia de un siniestro. De igual manera, deberán hacer de conocimiento el importe que la empresa le pagará por concepto de agenciamiento por la intermediación efectuada en caso de celebrarse 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, indicando el

número de esta póliza de seguro, el monto de la cobertura y el nombre de la empresa en la que se encuentra asegurado.

Los corredores de seguros, una vez celebrado el contrato de seguro, deberán mantener canales de comunicación disponibles con la finalidad de absolver, en cualquier momento, las consultas de los usuarios respecto de las coberturas contratadas, brindar una adecuada atención en caso de siniestro y entregar la información sobre los alcances de la cobertura de póliza que solicite el usuario, entre otros aspectos relevantes. Para tal efecto, deberán otorgar a los usuarios, por lo menos, la siguiente información:

Nombres y apellidos o denominación social.

Dirección, número telefónico y correo electrónico.

Número de registro otorgado por la Superintendencia.

Información adicional en el caso de oferta a través de comercializadores

Las empresas además de la información que debe ser otorgada al momento de la contratación, deberán informar a los contratantes o asegurados, en la póliza, certificado de seguro o en un documento aparte, que:

La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.

La empresa es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.

Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la empresa.

TÍTULO VII

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

Medios de comunicación a ser utilizados

Los medios de comunicación que sean utilizados por las empresas deberán permitir que los usuarios estén en capacidad de tomar conocimiento adecuado y oportuno de las modificaciones contractuales a ser efectuadas.

Las empresas deberán pactar con el contratante la utilización de mecanismos directos de comunicación, como son las comunicaciones enviadas al domicilio físico, electrónico o comunicaciones telefónicas, entre otros, según corresponda. Dichos mecanismos deberán estar contemplados en el contrato correspondiente, considerando para tal efecto lo señalado por la Ley de Seguro. Las empresas deberán mantener una constancia de la entrega o realización de las comunicaciones o del envío efectuado en caso se remita la información por correo electrónico.

Comunicaciones remitidas a los contratantes y/o asegurados

Todas las comunicaciones, referidas a la póliza intermediada, que corresponda cursar al contratante y/o asegurado deben remitirse en copia al corredor de seguros que haya sido designado a través de la carta de nombramiento, en el correo electrónico que haya sido indicado para tal efecto.

Comunicaciones referidas a la modificación de las pólizas de seguros

En las comunicaciones previas a la modificación de los contratos deben informarse en forma destacada aquellos conceptos que serán materia de cambio, señalando expresamente en qué consisten a fin de permitir a los contratantes tomar conocimiento de ellos y adoptar una decisión.

En el caso de seguros grupales, la empresa deberá proporcionar la documentación suficiente al contratante y esta deberá poner en conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, conforme al párrafo anterior.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato.

Endoso

El endoso debe hacer referencia, como mínimo, a la póliza de seguro a la que corresponden, indicando el número del endoso, fecha de emisión y de vigencia, nombre completo o denominación o razón social del contratante y/o asegurado, la modificación o declaración que origina la emisión del endoso; y la designación del beneficiario, cuando corresponda.

Asimismo cuando se inicie el trámite referente al endoso de una póliza, se deberá comunicar de manera inmediata al corredor de seguros.

Registro de fecha efectiva de los Pagos

En los lugares de pago puestos a disposición de los contratantes, incluyendo a los comercializadores, se deberá informar y 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 en dicha fecha a las empresas con la finalidad de no afectar la cobertura del seguro.

TITULO VIII

SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO Y OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CAPITULO I

SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO

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 que haya establecido, en observancia de las disposiciones legales vigentes que genere obligaciones a las empresas y aquellas establecidas en la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios, respecto a los 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.

Elementos mínimos del sistema de atención al usuario

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

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.

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.

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.

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 33° 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 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

RESPONSABILIDADES DEL OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

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. Para su designación deberá tomarse en consideración la restricción establecida en el artículo 7° - A del Reglamento de Gestión Integral de Riesgos, referente a la función de cumplimiento normativo.

Dicho oficial deberá coordinar con la gerencia general 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 (5) días desde la fecha de su designación.

Funciones y responsabilidades del oficial de atención al usuario

Son funciones del oficial de atención al usuario:

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.

Velar porque las empresas cuenten con áreas de atención de reclamos debidamente implementadas y con mecanismos adecuados para la absolución de sus reclamos.

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.

Proponer medidas que permitan a la empresa mejorar el funcionamiento del sistema de atención al usuario y sus elementos mínimos.

Verificar que los medios de difusión de información sobre los productos y servicios brindados por la empresa cumplan con la normativa vigente.

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 la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.

Seguimiento de las solicitudes presentadas para aprobación previa de condiciones mínimas y de las acciones efectuadas para subsanar las observaciones realizadas por la Superintendencia, en caso corresponda. .

Seguimiento de las acciones efectuadas por la empresa frente a cláusulas y prácticas abusivas identificadas por la Superintendencia.

Velar porque las empresas remitan las comunicaciones previas referidas a las modificaciones contractuales dentro de los plazos previstos en el Reglamento.

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.

Reportar a la Superintendencia un informe anual referido al funcionamiento del sistema de atención al usuario.

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.

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 k. del párrafo precedente, deberá elaborar un programa anual de trabajo que será puesto en consideración previa del directorio y aprobado por este 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.

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 33° del Reglamento, así como una descripción de la metodología utilizada.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

PRIMERA.- Las empresas deberán observar las disposiciones contenidas en la Ley de Represión de la Competencia Desleal, el Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida de lo practicable, y cualquier otra disposición que pudiera emitirse con relación a la protección a los consumidores y en materia de represión de la competencia desleal.

SEGUNDA.- La Superintendencia podrá aprobar las cláusulas generales de contratación que le sean sometidas por las empresas, para productos distintos a los seguros masivos, obligatorios y personales, en la forma contemplada en los artículos pertinentes del Código Civil.

TERCERA.- La propuesta del seguro, la solicitud de seguro, las declaraciones efectuadas por el asegurado, las condiciones del seguro, las comunicaciones y sus correspondientes constancias de recepción cursadas entre la empresa y/o los contratantes y/o asegurados y/o comercializadores y/o corredores de seguros relacionadas al seguro contratado, entre otra documentación e información emitida o presentada con motivo de la celebración del contrato y durante su vigencia, deben ser mantenidos en los expedientes de las pólizas de seguros, los 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 que sustente la contratación del seguro deberá ser entregada por la empresa a solicitud del contratante, para los fines que estime pertinentes.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Las empresas deberán informar a los contratantes de todos los seguros vigentes, sobre los aspectos que han quedado modificados, como consecuencia de la vigencia de las normas imperativas de la Ley de Seguros y normas reglamentarias, a través de los mecanismos establecidos en el artículo 24° del Reglamento. En el caso de seguros grupales, las empresas deberán remitir el número de comunicaciones necesarias para comunicar a los asegurados sobre las referidas modificaciones.

Mediante oficio múltiple, la Superintendencia señalará los aspectos mínimos que deberán contemplarse en la referida comunicación.

SEGUNDA.- Las pólizas previamente registradas en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas deberán ser modificadas, de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en la nueva regulación. Las pólizas modificadas deberán consignar junto al código de registro lo siguiente: *“adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias”*.

Artículo Segundo.- Con la finalidad de promover la protección de los intereses de los usuarios en el sistema de seguros, a través de mecanismos legales de defensa del asegurado a que se refiere la Cuarta Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro, esta Superintendencia dispone que los mecanismos que se conformen al amparo de la normativa citada, deberán cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

Los miembros que conformen el órgano de solución de controversias deberán ser profesionales universitarios, con al menos cinco (5) años de experiencia en seguros, reconocida trayectoria profesional y pública, no haber tenido vinculación con empresas de seguros, corredores de seguros,

de reaseguros o auxiliares de seguros en los últimos tres (3) años y contar con conocimientos acreditados en seguros.
Contar con un Código de Ética.
Que sus resoluciones tengan carácter vinculante para las empresas.
Atender y resolver las controversias generadas en casos de siniestros, así como los reclamos que se presenten con relación a cualquier aspecto del contrato de seguro, en caso que consideren afectados sus intereses y derechos legalmente reconocidos.
Atender todos los días hábiles del año, con un mínimo ocho (8) horas diarias.
Contar con los medios que permitan el acceso a usuarios a nivel nacional, como líneas telefónicas y/o página web.
La página web deberá contener información de fácil acceso respecto a sus funciones, miembros, normas, resoluciones expedidas y estadísticas de los casos atendidos ordenados por riesgos.

Artículo Tercero.- Los anexos aprobados 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 Cuarto.- La presente resolución entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano".

Las empresas tendrán plazo hasta el 30 de noviembre de 2013, para adecuar las pólizas inscritas en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas a lo establecido en el Título III del Reglamento, la Ley de Seguros, el Reglamento y marco normativo vigente; así como para dar cumplimiento a las disposiciones contempladas en el Reglamento. Una vez transcurrido dicho plazo, se deja sin efecto lo dispuesto en el Reglamento de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, aprobado por la Resolución SBS N° 1420-2005 y sus normas modificatorias con excepción de lo dispuesto por los literales h) y l) del artículo 2° y el capítulo III del referido Reglamento.

Vencido el plazo al que hace referencia el párrafo anterior, las pólizas de seguros inscritas en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas debidamente adecuadas, deberán ser remitidas a esta Superintendencia, conforme al cronograma que se adjunta como Anexo N° 3 de la presente Resolución-, sin perjuicio de la facultad de la Superintendencia de emitir las instrucciones que resulten pertinentes para el adecuado cumplimiento del cronograma de presentación.

El precitado cronograma solo se refiere a la obligación de remisión de las pólizas de seguro a la Superintendencia, sin perjuicio del deber de las empresas de adecuarlas al marco normativo vigente dentro de los plazos de adecuación previstos en cada caso.

En el caso de las solicitudes de registro de nuevos productos, las empresas deberán sujetarse a las normas e instrucciones que emita la Superintendencia.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

DANIEL SCHYDLOWSKY ROSENBERG
Superintendente de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones