

9 de julio del 2013
CNS-1048/11

MA.
José Luis Arce D., *Presidente*
**CONSEJO NACIONAL DE SUPERVISIÓN
DEL SISTEMA FINANCIERO**

Estimado señor:

El Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero en el artículo 11 del acta de la sesión 1048-2013, celebrada el 25 de junio del 2013,

considerando que:

- a. La Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 en el artículo 1 incisos a) y c), contempla al consumidor como el eje central sobre el cual debe recaer una protección especial en el mercado asegurador.
- b. La Sección H del Capítulo 12 del Tratado de Libre Comercio Centroamérica-República Dominicana-Estados Unidos (*RD-CAFTA*), Ley 8622 de 21 de noviembre del 2007, publicada en el Alcance 246 del 21 de diciembre del 2007, establece como compromisos de Costa Rica en materia de servicios de seguros tratar de hacer posible que los consumidores obtengan el máximo beneficio de sus recursos económicos, tratar de alcanzar las metas en materia de procedimientos adecuados de distribución, prácticas comerciales leales, comercialización informativa y protección efectiva contra las prácticas que puedan perjudicar los intereses económicos de los consumidores y la posibilidad de elegir en el mercado y que las prácticas de promoción empleadas en la comercialización y la venta deben basarse en el principio del trato justo de los consumidores y deben satisfacer los requisitos jurídicos.
- c. Se requiere el suministro de la información necesaria para que los consumidores puedan tomar decisiones bien fundadas e independientes, así como la adopción de medidas para asegurar la exactitud de la información suministrada.
- d. Resulta trascendental alcanzar el objetivo de claridad informativa y transparencia en el ámbito del mercado asegurador, en el que la especialidad y complejidad de los términos y condiciones de los contratos, los hace frecuentemente de difícil comprensión para el cliente que carezca de conocimientos financieros.
- e. La finalidad principal de la normativa de protección al usuario, es conseguir la protección del consumidor de seguros, al establecer una serie de obligaciones específicas aplicables a las relaciones contractuales entre los clientes/consumidores y las entidades aseguradoras, así como al imponer a las entidades e intermediarios determinadas obligaciones de información y comunicaciones obligatorias a la Superintendencia de Seguros (*SUGESE*), de conformidad con los artículos 4 y 5 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653.
- f. Este conjunto de obligaciones constituye el núcleo fundamental del contenido de la normativa de transparencia y protección al consumidor, y afectan a los clientes en diversos momentos de las relaciones



que entablan con la entidad o el intermediario, bien sea en fase precontractual, bien en el momento en que se conciertan los contratos o finalmente, en la ejecución de los mismos.

- g. La gestión cotidiana de las compañías aseguradoras e intermediarios del mercado de seguros pueden generar situaciones que van en perjuicio de los intereses de los asegurados, tales como: declinación arbitraria y sin fundamentos relativas a pagos por ocurrencia de siniestros, falta de respuesta o atención a reclamos, peticiones, solicitudes, desacato en los plazos de respuesta establecidos por ley, no entrega de las condiciones generales o copia del contrato de seguros, inconvenientes en la gestión de los servicios auxiliares derivados de algunos ramos de seguros, entre otros.
- h. La Superintendencia General de Seguros, desde su creación ha atendido las denuncias por parte de los asegurados. Lo anterior sin perjuicio de que también, este órgano de Supervisión, atiende denuncias de otros participantes del mercado en contra de compañías u otros intermediarios del mercado.
- i. A partir de la acción emprendida por la Superintendencia General de Seguros se procura cumplir con la obligación legal que se le impone en procura del respeto de los derechos del consumidor de seguros y concientización a nivel de los sujetos supervisados, respecto de las obligaciones a que están sujetos en cuanto a la atención de los reclamos de los asegurados, de forma motivada, razonada y oportuna.
- j. La Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (*IAIS* por sus siglas en inglés) ha definido en sus Principios Básicos de Seguros 2011, temas relacionados con la conducta de mercado, como área esencial de la supervisión en el sector asegurador, y que pudiera tener un riesgo de reputación o impacto prudencial en las aseguradoras. Entre ellos se encuentra el Principio Básico de Supervisión 19 sobre conducción de la actividad.
- k. Conforme tal principio, se recomienda que la autoridad supervisora establezca requerimientos mínimos para los aseguradores e intermediarios en su trato con los clientes, en procura de fortalecer la confianza del consumidor en el mercado de seguros. Asimismo que traten a sus clientes de una forma justa, prestando atención a sus necesidades de información. Se agrega que procede establecer un buen proceso de resolución de reclamaciones por siniestros es esencial para el trato justo a los clientes.
- l. Como criterios esenciales para entender y materializar el respeto a dicho principio se promueve que la autoridad supervisora requiera que las aseguradoras e intermediarios tengan políticas sobre cómo tratar con justicia a los consumidores y traten con las reclamaciones por siniestros y las quejas en una forma efectiva y justa, a través de un proceso simple, fácilmente accesible y equitativo.
- m. La supervisión prudencial procura la solvencia y rentabilidad del mercado de seguros a efecto de proteger los derechos e intereses de los asegurados, por ello conforme al artículo 29 inciso n) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, se impone un deber legal a la Superintendencia General de Seguros y al Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero, de regular la creación, la definición del funcionamiento y la operación de una instancia que proteja los intereses del asegurado o beneficiario de un seguro, respecto de la resolución de disconformidades con la aseguradora en materia de ejecución del contrato de seguros.
- n. El objeto propuesto en el *Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros* es cumplir con los objetivos establecidos por el legislador definiendo los requisitos mínimos para preservar los derechos formales de los consumidores de seguros.
- o. Mediante artículo 14, del acta de la sesión 1006-2012, celebrada el 16 de octubre del 2012, el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero aprobó el envío en consulta del proyecto de *Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros*, a efecto de que en el plazo de quince días hábiles,



contados a partir de su publicación en el diario oficial La Gaceta N° 221 del 15 de noviembre del 2012, las entidades y órganos de integración de sector así como demás interesados, remitieran sus comentarios y observaciones, sobre el texto normativo propuesto, a la Superintendencia General de Seguros. Finalizado el plazo de consulta, los comentarios y observaciones recibidos por la Superintendencia fueron analizados e incorporados, en lo que resulta procedente, en la versión final del acuerdo.

dispuso:

aprobar el *Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros*, que se transcribe a continuación:

"SUGESE-06-13

REGLAMENTO DE DEFENSA Y PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR DE SEGUROS

TÍTULO I

OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

CAPÍTULO ÚNICO

Disposiciones generales

Artículo 1. *Del objeto*

Definir los requisitos mínimos para preservar el derecho de los consumidores de seguros de recibir respuesta oportuna a todo aviso de siniestro, queja, reclamación o solicitud que presenten ante las entidades, según lo establecido en el artículo 4 de la Ley 8653 y los numerales 4, 12, 48 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley 8956 así como la definición del funcionamiento y la operación de una instancia que proteja los intereses del asegurado y los mecanismos de resolución de disconformidades con la aseguradora en materia de ejecución del contrato de seguros, lo que incluye la supervisión del procedimiento de presentación de reclamos ante el acontecimiento del siniestro.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación*

Las normas contenidas en este reglamento son de aplicación para las entidades aseguradoras. En el caso de los intermediarios de seguros, serán de aplicación las normas relativas a los deberes del traslado de comunicaciones sobre avisos de siniestro, la asistencia, ejecución de trámites de reclamos y el asesoramiento que se preste en relación con los contratos de seguros.

Artículo 3. *Plazos*

Todos los plazos establecidos en este reglamento comienzan a computarse a partir del día hábil siguiente de la comunicación. Conforme el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 y el artículo 48 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley 8956, la entidad aseguradora deberá comunicar respuesta al consumidor de seguros ante un aviso de siniestro, una queja o reclamación recibida, todo dentro del plazo de treinta días naturales, los cuales corren a partir de la fecha de cumplimiento de la totalidad de la documentación, de conformidad con lo establecido en la respectiva póliza.

De igual forma deberá mantenerse informado al consumidor, brindando respuesta oportuna y motivada a sus peticiones, en torno al avance en las investigaciones de siniestros reportados.

Artículo 4. *Definiciones*

Para la aplicación de estas disposiciones se entiende por:

Aviso de Siniestro: Documento o comunicación por el que el tomador, asegurado o sus beneficiarios, informa a la entidad aseguradora o a sus intermediarios de seguros, de conformidad con los artículos

42 y 86 de la Ley 8956 así como el procedimiento general de este Reglamento y las condiciones contractuales de la póliza, la ocurrencia de determinado hecho o accidente, cuyas características guardan relación, en principio, con las circunstancias previstas en el contrato de seguro para que proceda a determinar la procedencia o no de la indemnización.

Carta de Derechos de los Consumidores: Instrumento que permite conocer, ejercer y reclamar los derechos de las personas frente a las entidades supervisadas por la Superintendencia General de Seguros. Asimismo en esta carta se establecen los derechos ante la citada Superintendencia y los compromisos que ésta adquiere con los consumidores de seguros.

Comisión: Comisión Nacional del Consumidor según Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, Ley 7472.

Consultas ante la Superintendencia: Solicitudes de información relativas a cuestiones de interés general sobre el mercado asegurador y los derechos de los consumidores de seguros así como los cauces legales para su ejercicio.

Consumidor de seguros: De conformidad con los alcances de la definición establecida en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 y la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, Ley 7472 es la persona física o entidad de hecho o de derecho, que, como destinatario final, adquiere, disfruta, utiliza y/o suscribe un contrato de seguro así como los servicios derivados del mismo, o bien, recibe información o propuestas para ello. Todos los derechos enunciados tanto en dichas leyes como en este Reglamento para el consumidor, también serán reconocidos a los beneficiarios de los contratos, en los casos en que no sean la misma persona y de conformidad con el vínculo común de intereses personales, familiares o económicos con el asegurado o tomador y el siniestro haya acontecido.

También se considera consumidor de seguros al pequeño industrial o al artesano -en los términos definidos en el Reglamento a la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor- que adquiere, disfruta, utiliza y/o suscribe un contrato de seguro así como los servicios derivados del mismo, en los procesos para producir, transformar, comercializar o prestar servicios a terceros.

Denuncia: Una denuncia puede definirse como una expresión de insatisfacción sobre el servicio provisto por una aseguradora o un intermediario. Puede involucrar un reclamo en relación con una pérdida financiera, y no implica un simple pedido de información. Se divide en quejas y reclamaciones.

Intermediario de Seguros: Las personas físicas y jurídicas contempladas en el numeral 22 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 así como los operadores de seguros autoexpedibles.

Queja: denuncia referida a transgresiones a los derechos del consumidor de seguros, contenidos en los artículos 4, 5, 6, siguientes y concordantes de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y demás normativa relacionada con la promoción de la competencia y defensa efectiva del consumidor, en que incurran las entidades aseguradoras, proveedores de servicios auxiliares de éstas, intermediarios de seguros, operadores de seguros autoexpedibles y proveedores transfronterizos de seguros, en la prestación de sus servicios. Asimismo se refieren al funcionamiento de los servicios prestados por esos agentes económicos a los consumidores de seguros y presentadas por las tardanzas, desatenciones o cualquier otro tipo de actuación que se observe en su funcionamiento.

Reclamaciones: aquellas denuncias derivadas de aspectos sustanciales del contrato de seguros, referidas a aspectos como su formación, validez, nulidad, estipulaciones, uso o costumbre; o las relativas a los efectos que el contrato pueda producir sobre la pérdida o daño en los bienes o patrimonio, o aquellas relacionados con la vida, integridad física y salud de las personas.

Superintendencia: Superintendencia General de Seguros según Ley 8653.



TÍTULO II
ATENCIÓN DE AVISOS DE SINIESTRO Y SOLICITUDES DE INDEMNIZACIÓN
CAPÍTULO ÚNICO

Del Procedimiento de aviso de siniestro y solicitud de indemnización

Artículo 5. Formas de presentar los avisos de siniestros

Los avisos de siniestros podrán ser presentados bajo cualquiera de las siguientes formas no taxativas y bajo el esquema de atención que se defina en el Manual de Políticas y Procedimientos definido en el artículo 15 de esta Reglamento:

- a. **Personal.** El consumidor proporcionará la información requerida mediante el formulario definido por la entidad aseguradora. La entidad aseguradora recibirá el aviso y deberá comunicar al consumidor su número de trámite a efectos de hacer el seguimiento del mismo.
- b. **Internet o vía correo electrónico.** El consumidor deberá completar el formulario definido por la entidad aseguradora en su portal en internet. Una vez llenos todos los campos, el formulario podrá ser enviado a la aseguradora telemáticamente, la cual confirmará la recepción y asignará un número de trámite. El consumidor podrá imprimir el formulario respectivo.
- c. **Telefónica.** El consumidor deberá proporcionar la información y datos requeridos mediante los números de teléfono habilitados para ello. La entidad aseguradora recibirá el aviso y deberá comunicar al consumidor su número de trámite a efectos de hacer el seguimiento del mismo.
- d. **Medio escrito o fax.** El consumidor podrá presentar su aviso por medio escrito o fax siguiendo el formato definido por la entidad aseguradora. La entidad aseguradora deberá comunicar al consumidor su número de trámite a efectos de hacer el seguimiento del mismo.

El consumidor, a través de estos mecanismos, deberá tener la posibilidad de presentar sus avisos de siniestro durante las 24 horas de todos los días del año. La atención personalizada estará disponible durante las horas laborables de la entidad supervisada. Para esos efectos la entidad deberá disponer del personal capacitado, líneas telefónicas y plataforma tecnológica para esos efectos. Ante la presentación de un aviso la entidad deberá entregar constancia, número de trámite, hora y fecha del aviso para el trámite de indemnización.

Artículo 6. Registro de expedientes

El trámite de un aviso de siniestro debe ser documentado en todas sus etapas. Para ello las entidades deben adoptar mecanismos que permitan un adecuado registro y conservación de los expedientes correspondientes de los avisos de siniestros, sea en medios físicos o electrónicos legalmente válidos, los cuales deberán encontrarse a disposición de la Superintendencia.

Los requisitos mínimos que deben contener estos expedientes son:

- a. Nombre, apellidos y domicilio del tomador, asegurado o beneficiario según corresponda y, en su caso, de la persona que lo represente, debidamente acreditada; número de la cédula de identidad o de residencia.
- b. Cuando el tomador, asegurado o beneficiario sea una persona jurídica, acreditará la capacidad de actuar del representante legal conforme lo establezca el procedimiento de presentación de reclamos de la respectiva póliza. En todo caso, y si procediera, cualquier documento que acredite



- representación y que acompañe la solicitud, deben tener una antigüedad no mayor a tres meses, al momento de incluirse en el expediente del siniestro.
- c. Fecha del siniestro.
 - d. Identificación de la póliza de seguro respecto a la que formula el aviso de siniestro.
 - e. Documentos y medios de prueba conforme lo contractualmente definido en la póliza.
 - f. Lugar, fecha y oficina donde se presentó el aviso así como una copia de la constancia de recibido de los documentos y aviso aportados por el tomador, asegurado o beneficiario.
 - g. Comunicaciones internas de los departamentos operativos en torno al trámite de la solicitud de indemnización.
 - h. Resolución fundamentada de la solicitud.

De conformidad con el inciso ñ) del artículo 25 de la Ley 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, es obligación de las entidades aseguradoras suministrar la información que soliciten expresamente el tomador, asegurado, beneficiario o persona debidamente legitimada conforme al derecho común, referida a sus intereses y derechos derivados expresamente de la póliza y demás documentación contractual, o se trate de una consulta sobre sus derechos en materia de protección como consumidor de seguros y los cauces legales existentes para su ejercicio.

Artículo 7. *Procedimiento*

El aviso de un siniestro se desarrollará conforme los plazos que establezca la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley 8956 y a través de los medios que la respectiva póliza de seguros establezca. Dicho aviso se tramitará ante la entidad aseguradora y ante los agentes y sociedades agencia de seguros. Asimismo se podrá presentar ante los corredores de seguros con los cuales la entidad tenga vínculo contractual a efecto de recibir asistencia y asesoramiento en el trámite del reclamo.

El reclamante, una vez notificado el aviso de siniestro, deberá presentar los documentos y pruebas establecidas en las condiciones contractuales de la póliza así como cualquier otro documento que considere necesario como respaldo a su solicitud de indemnización planteada.

Artículo 8. *Aviso ante intermediarios y tomadores de seguros colectivos*

El deber de notificación del evento por parte del asegurado, se entenderá cumplido cuando éste se realice ante el agente de seguros o la sociedad agencia de seguros, el corredor de seguros, el operador de seguros autoexpedible o el tomador del seguro en los seguros colectivos. En este último caso, siempre y cuando se trate de un tomador de un seguro por cuenta ajena.

Para todos los casos, deberán dar traslado de dicha notificación al asegurador de manera inmediata. Dicha delegación no exime a la aseguradora de responsabilidad por incumplimiento de tales funciones.

Artículo 9. *Rechazo de la solicitud de indemnización, acuerdo parcial y posteriores instancias*

En los casos de rechazo o pago parcial, deberá la entidad aseguradora entregar al consumidor la información que permita una clara y adecuada comprensión de los motivos de la decisión adoptada, exponiendo los hechos y la disposición contractual en que se fundamenta. Deberá también acreditar las pruebas que de manera fehaciente motiven el rechazo salvaguardando la tutela de la información sensible y no divulgada de la entidad. Para ello, deberán informar detalladamente, mediante comunicación escrita cursada al consumidor, los motivos que sustentan el rechazo especialmente cuando se deba al origen de una exclusión prevista en la póliza. En la citada comunicación, las



entidades aseguradoras deberán poner en conocimiento del consumidor, las diferentes instancias a las que podría acudir en el supuesto que no se encuentre conforme con los fundamentos que sustentan el rechazo del siniestro.

En relación al pago del monto de la indemnización o la ejecución de la prestación, se atenderá lo estipulado por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en el artículo 48.

Artículo 10. *Procedimiento ante la instancia de defensa y atención del consumidor de seguros creada en este Reglamento*

Si el consumidor no está de acuerdo con la respuesta notificada, antes del plazo de prescripción ordinaria del contrato de seguros o el acordado en pólizas de no adhesión, podrá acudir ante la instancia que la entidad aseguradora tenga dispuesta para dicha atención y de acuerdo a las previsiones del presente Reglamento.

TÍTULO III
SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR DE SEGUROS
CAPÍTULO I
Disposiciones generales

Artículo 11. *Del derecho a formular quejas y reclamaciones*

Podrán presentar quejas o reclamaciones, personalmente o mediante representación, todas las personas físicas o jurídicas que estén debidamente identificadas, en su condición de consumidores de seguros y siempre que se refieran a sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ya deriven de los contratos o de la normativa de defensa del consumidor.

Igualmente, podrán presentar quejas o reclamaciones, las asociaciones y organizaciones representativas de legítimos intereses colectivos de los consumidores de seguros, siempre que afecten a un determinado consumidor y acrediten su representación. En el caso de intereses colectivos, siempre que éstos resulten afectados y aquéllas estén legalmente habilitadas para su defensa y protección y reúnan los requisitos establecidos en el artículo 54 de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, Ley 7472.

Artículo 12. *Deber de atención y resolución*

Las entidades aseguradoras deberán atender y resolver los asuntos relacionados con sus propias actuaciones relativas a la atención de reclamos, los servicios auxiliares de sus redes y los intermediarios de seguros que hubieren acreditado, así como a los corredores y sociedades corredoras de seguros con las que tengan vínculo contractual.

Artículo 13. *Creación de una instancia de atención al consumidor de seguros*

Las entidades aseguradoras, al tenor del inciso n) del artículo 25 e inciso n) del artículo 29, ambos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, deberán crear una instancia, con el objeto de atender y resolver las quejas y reclamaciones que le sean presentadas por parte de consumidores de seguros, provenientes de las instancias operativas de la entidad y sus vinculadas.

Esta instancia ejercerá sus funciones con absoluta independencia de las instancias operativas de la entidad y sus vinculadas, y sus resoluciones respecto de las quejas y reclamaciones sometidas a su conocimiento, serán dictadas con total imparcialidad y objetividad. En este proceso, podrá recabar,



tanto del consumidor como de los distintos departamentos y servicios de la entidad, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren pertinentes para adoptar su decisión.

Artículo 14. *Delegación de funciones de la instancia de atención al consumidor*

Las funciones operativas críticas de la instancia de atención al consumidor de seguros podrán delegarse a terceros como un servicio auxiliar de conformidad con el artículo 18 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 y le serán aplicables, además de las obligaciones establecidas en el presente Reglamento, las derivadas del artículo 27 de dicha ley.

Dicha delegación será absolutamente prohibida si pudiere derivarse alguna de las siguientes situaciones:

- a. Perjuicio sensible de la calidad en la atención de denuncias y reclamaciones de la entidad de que se trate.
- b. Incremento sustancial del riesgo operativo de la entidad.
- c. Menoscabo a la capacidad de la Superintendencia para atender sus funciones. Todos los contratos deberán estipular el acceso irrestricto por parte de la Superintendencia a la información de operaciones de la entidad involucrada y a la información establecida en el presente reglamento.
- d. Afectación a la continuidad y satisfacción del servicio.
- e. Conflictos de intereses entre consumidores, aseguradoras e instancia de atención al cliente.
- f. Atención agrupada de una instancia para brindar servicios a dos o más entidades de seguros al mismo tiempo.

Ante cualquiera de esas situaciones, la Superintendencia ordenará una medida correctiva y de persistir la falta, podrá ordenar que la instancia de atención al consumidor de seguros sea organizada dentro de la estructura administrativa de la entidad, sin perjuicio de la aplicación del régimen sancionatorio de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

Las entidades de seguros informarán a la Superintendencia por los medios de comunicación formales establecidos, si la instancia es contratada con un tercero. De igual manera informará de cualquier cambio posterior significativo en relación con dichas actividades.

Artículo 15. *Manual de políticas y procedimientos para la atención de avisos de siniestro y atención del consumidor*

El Órgano de Dirección de la entidad aseguradora aprobará un manual de políticas y procedimientos para la atención de avisos de siniestro y solicitudes de indemnización, el cual deberá ser auditable y revisado al menos anualmente. Las políticas y procedimientos deberán garantizar al consumidor:

- a. Definición de plazos objetivos de atención los cuales no podrán ser superiores a treinta días naturales, según lo establecido en el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 y con base en el artículo 48 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros; Ley 8956.
- b. Definición de requisitos claros y objetivos para los trámites del aviso de siniestro.
- c. Definición de las modalidades y horario de presentación del aviso de siniestro de conformidad con lo dispuesto en este reglamento.
- d. Definición del rol del intermediario en la realización de estos trámites.

- e. Principio de ventanilla única para presentar los asuntos ante la entidad y recibir respuesta de ésta. Para la presentación de avisos de siniestro, así como de solicitudes de indemnización, el consumidor presentará el asunto una sola vez sin que pueda exigirse su reiteración ante distintos departamentos u oficinas de la entidad o sociedad de que se trate.
- f. Estructura administrativa y de control del proceso de atención de quejas y reclamaciones.
- g. Diseño de formularios para la presentación de quejas y reclamaciones y su seguimiento.
- h. Sistema de monitoreo y evaluación del proceso de reclamaciones y quejas.
- i. Política institucional para la aplicación de instancias alternativas de resolución de conflictos.
- j. Política institucional de protección de datos de los consumidores de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 8653.
- k. Prevención y resolución de conflictos de competencia entre las distintas instancias administrativas internas.
- l. Perfil y duración del nombramiento del responsable de la instancia de atención al consumidor de seguros así como su horario, el cual deberá ser a tiempo completo.
- m. Causas de incompatibilidad, inelegibilidad y cese de ese responsable.

Artículo 16. Informe Trimestral

La entidad aseguradora deberá rendir cuentas de su gestión de atención al consumidor, mediante la emisión de un informe trimestral de carácter público de conformidad con los artículos 25 incisos a), c), r) y t) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653. Deberá ser presentado ante la Superintendencia General de Seguros (*SUGESE*) y contendrá como mínimo:

- a. Resumen estadístico de los expedientes tramitados con información del número, origen de la incidencia, tipo de decisión, líneas de seguros, tipo de reclamación y cuantía de éstas.
- b. Expedientes que hayan terminado con informe favorable o desfavorable para el consumidor, así como número de las reclamaciones desistidas y resumen de las reclamaciones rechazadas.
- c. Resumen de los criterios generales contenidos en la resolución de las quejas o reclamaciones aplicadas cuando sean de interés general.
- d. Seguimiento de las correcciones efectuadas por las entidades en aquellos casos en que la decisión haya sido favorable al consumidor.

Al menos un resumen del informe se integrará en la memoria anual de las entidades.

Artículo 17. Deber de información al consumidor

Las entidades aseguradoras pondrán a disposición de sus clientes en sus páginas *web*, la información siguiente:

- a. La existencia de una instancia de atención al consumidor con indicación de su número de teléfono, fax, dirección postal y electrónica.
- b. La obligación por parte de la entidad de atender y resolver los asuntos presentados en el plazo de treinta días naturales contados a partir de su recepción.
- c. Procedimiento de avisos de siniestro y trámites de indemnización, señalando en forma clara los requisitos y cualquier información necesaria para su trámite de conformidad con el artículo 12 de la Ley 8956.



Artículo 18. *Otras instancias*

La utilización de los servicios de atención al consumidor, se entiende sin perjuicio de la utilización de otras vías de protección previstas en la legislación vigente.

La interposición de las quejas o reclamaciones formuladas al amparo de este reglamento no suspenderá o interrumpirá los plazos establecidos para el ejercicio de acciones o derechos que, de conformidad con la normativa, puedan ejercitar quienes figuren en ellos como interesados.

Artículo 19. *Resolución Alternativa de Conflictos*

En cualquier tiempo, las partes de común acuerdo podrán someter el conocimiento de la controversia que originó la queja o reclamación a las reglas, los procedimientos y las regulaciones establecidos en la Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social, Ley 7727.

Artículo 20. *Denuncia ante la Comisión Nacional del Consumidor*

Si la Superintendencia, ya sea de los informes remitidos o de las labores de supervisión ejecutadas, apreciare indicios de incumplimiento o quebrantamiento de normas de protección y defensa del consumidor con arreglo a lo establecido en los artículos 29 inciso p) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 y 2 de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, Ley 7472, procederá a trasladar ante la Comisión Nacional del Consumidor la queja o reclamación correspondiente.

CAPITULO II

Procedimiento de Atención de Denuncias ante la Superintendencia General de Seguros

Artículo 21. *De la atención de denuncias*

La Superintendencia General de Seguros conocerá por medio de denuncias, los informes y decisiones de la instancia interna de atención al consumidor de cada entidad aseguradora creada en este Reglamento conforme lo establecen los incisos n) de los artículos 25 y 29 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (*LRMS*), bajo las siguientes consideraciones:

1. No serán de conocimiento reclamaciones, entendidas como aquellas derivadas de aspectos sustanciales del contrato de seguros, tales como los atinentes a su formación, validez, nulidades, estipulaciones, uso o costumbre; o las relativas a los efectos que el contrato pueda producir sobre la pérdida o daño en los bienes o patrimonio, o aquellas relacionados con la vida, integridad física y salud de las personas, mismas que serán de conocimiento de aquellas instancias judiciales o arbitrales que garantice, mediante procesos de conocimiento, el contradictorio y el análisis de pruebas técnicas, aspectos sobre los que no cabe pronunciarse la Superintendencia por competencia.
2. La utilización por los consumidores de seguros de esta instancia de revisión es voluntaria y se entiende sin perjuicio de la utilización de otras vías de protección previstas en la legislación vigente, con excepción de lo preceptuado en el punto 4 de este artículo.
3. De conformidad con la definición establecida en el artículo 4 del presente Reglamento, la Superintendencia conocerá los escritos de quejas relacionados con las transgresiones a los derechos del consumidor de seguros, en particular:
 - a. Derecho a la protección de sus legítimos intereses económicos.
 - b. Derecho a la libertad de elección entre aseguradoras, intermediarios, productos y servicios auxiliares.



- c. Derecho a obtener información adecuada y veraz, antes de la contratación y durante la vigencia del contrato.
 - d. Derecho a un trato equitativo y no discriminatorio.
 - e. Derecho al in dubio pro consumidor.
 - f. Derecho a una atención ágil y mediante resolución motivada y por escrito de las reclamaciones, quejas y peticiones del consumidor de seguros entregada dentro del plazo máximo de treinta días naturales.
 - g. Derechos de información y confidencialidad, en especial el derecho a la protección de los datos del consumidor.
 - h. Derecho a educación y divulgación sobre el consumo adecuado de productos y servicios del mercado de seguros.
 - i. Cumplimiento a los deberes formales por parte de los supervisados establecidos en los artículos 25, 26 y 27 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653.
 - j. Cualquier otro derecho o garantía derivado de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor y demás normativa relacionada con la promoción de la competencia y defensa efectiva del consumidor establecida en tratados, convenciones internacionales de las que Costa Rica sea parte.
4. Para la admisión y tramitación de escritos de queja ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), será imprescindible acreditar respuesta final proveniente de la instancia que la entidad aseguradora haya creado conforme el presente Reglamento.
 5. El conocimiento de quejas formuladas al amparo de este Reglamento, no suspenderá o interrumpirá los plazos establecidos para el ejercicio de acciones o derechos que, de conformidad con la normativa, puedan ejercitar quienes figuren en ellos como interesados.
 6. Podrán presentarse en soporte papel, por medios informáticos, electrónicos o telemáticos cumpliendo las formalidades del artículo 22 de este Reglamento.

Artículo 22. Contenido del escrito de queja

La Superintendencia pondrá a disposición del consumidor un formulario para tramitar su queja. En todo caso, de conformidad con el artículo 285 de la Ley General de la Administración Pública, el escrito de queja deberá cumplir con los siguientes requisitos formales:

- a. Nombre completo del consumidor o razón o denominación social en el caso de personas jurídicas adjuntando la respectiva certificación de personería jurídica, número de identificación y copia de la misma en el caso de personas físicas, dirección, correo electrónico o número de fax, para recibir notificaciones.
- b. Si procede, referencia al contrato de póliza relacionado con la queja.
- c. Condición asociada de tomador de seguro, asegurado o beneficiario de una póliza, o interesado en la suscripción de una póliza.
- d. Resumen de los fundamentos de hecho o motivos de queja, haciendo constar expresamente que el caso no se encuentra pendiente de resolución o litigio ante órganos administrativos, arbitrales o jurisdiccionales.
- e. Copia de la respuesta final proveniente de la instancia de atención al consumidor de seguros.
- f. Fecha y firma, la cual podrá ser digital conforme la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos, Ley 8454.



Si el escrito no cumpliera con los requisitos establecidos, la Superintendencia General de Seguros requerirá al consumidor que los subsane en un plazo máximo de 5 días hábiles contados a partir de la notificación, salvo la falta de firma, que producirá necesariamente su rechazo y archivo. Si no los subsanara en ese plazo, la queja se archivará. Lo anterior, sin perjuicio de que posteriormente pueda presentar nuevamente su petición cumpliendo con los requisitos señalados.

La Superintendencia tendrá un plazo de 20 días hábiles, contados a partir del momento en que el escrito cumpla con las formalidades previstas y se cuenten con todos los elementos probatorios de hecho y de derecho, para resolver la queja. Dicho plazo no correrá cuando se encuentre en trámite, requerimientos de información en otras instancias o ante los denunciados.

En casos de complejidad excepcional, cuya ejecución exige gran disciplina de investigación, no sólo por el trabajo personal de indagación que conlleva sino también respecto a las necesarias labores de coordinación con otras instancias públicas o privadas para la efectiva atención de la queja, la Superintendencia deberá informar al consumidor, dentro de la fase de admisibilidad de la queja, ésta calificación, en cuyo caso la atención final cual no podrá exceder de dos meses una vez que se cuenten con todos los elementos probatorios de hecho y de derecho para resolver.

La Superintendencia rechazará de plano, por resolución motivada, las quejas que fueren impertinentes o evidentemente improcedentes, como aquellas interpuestas por personas físicas o jurídicas sin derecho subjetivo o interés legítimo en el caso, estén presentadas extemporáneamente conforme el plazo de prescripción establecido en el artículo 17 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros o sean competencia de otra instancia.

Los interesados podrán desistir de su queja en cualquier momento. El desistimiento dará lugar a la finalización del trámite en lo que a la relación con el consumidor se refiere, sin perjuicio de la posibilidad de que la Superintendencia continúe un análisis de oficio del caso, por entender la existencia de un interés general en las cuestiones planteadas.

CAPITULO III

Sobre el procedimiento de atención de Consultas ante la Superintendencia General de Seguros

Artículo 23. Trámite y Requisitos

Estarán facultados para presentar consultas, todas las personas físicas o jurídicas que estén debidamente identificadas, y siempre que las mismas no se refieran a una concreta operación con una entidad o sociedad determinada.

Igualmente, podrán formular consultas las asociaciones y organizaciones representativas de legítimos intereses colectivos de los consumidores de seguros, siempre que reúnan los requisitos establecidos en el artículo 54 de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, Ley 7472, así como las entidades de aseguradoras y sociedades corredoras de seguros supervisadas.

Las consultas deben versar sobre actividad aseguradora costarricense, servicios que ofrecen entidades aseguradoras o intermediarios de seguros según el ordenamiento vigente, información general sobre los derechos que le asisten al consumidor de seguros, sin que se entre a resolver casos concretos. De esta forma, se requiere que la consulta venga formulada en términos donde no pueda desprenderse de



la misma, los eventuales sujetos o grupos de ellos a los que afectaría o beneficiaría la posición que adopte el consultante según las conclusiones a que se arribe en el oficio de respuesta.

Las consultas deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- i. Nombre completo, razón o denominación social en el caso de personas jurídicas, número de identificación, dirección, correo electrónico o número de fax para recibir notificaciones.
- ii. Podrán presentarse en soporte papel, por medios informáticos, electrónicos o telemáticos.
- iii. Si procede, condición asociada a tomador de seguro, asegurado o beneficiario de una póliza, o interesado en la suscripción de una póliza.
- iv. Motivo de la consulta y demás datos y elementos que puedan contribuir a la formación de opinión por parte de la Superintendencia.
- v. Exposición clara y detallada de la pregunta.
- vi. Fecha y firma, la cual podrá ser digital conforme la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos, Ley 8454.
- vii. En el caso de consultas provenientes de entidades aseguradoras, intermediarios de seguros, asesores y consultores de cualquier área profesional, deberá adjuntarse el dictamen técnico jurídico correspondiente donde conste el criterio institucional o del profesional, según corresponda, sobre lo consultado.
- viii. Si la solicitud no reúne los requisitos señalados, se requerirá al interesado para que, en un plazo de cinco días hábiles, subsane la falta o acompañe los datos, elementos y documentos precisos, con indicación de que, si así no lo hiciera, su consulta será archivada sin más trámites.
- ix. La Superintendencia tendrá un plazo de 20 días hábiles, contados a partir del momento en que el escrito cumpla con las formalidades previstas, para evacuar la consulta. En casos de complejidad excepcional, entendidos como aquellos casos donde se amerite coordinar con otras instancias públicas o privadas la atención de la consulta, la Superintendencia deberá informar al consumidor esta calificación, la cual no podrá exceder de dos meses una vez que se cuenten con todos los elementos para evacuar el objeto consultado.

La contestación a la consulta tendrá carácter informativo y no tendrá efectos vinculantes en relación a personas, actividades o supuestos contemplados en la consulta ni posteriormente impediría a la Superintendencia, frente a un caso particular y concreto, efectuar consideraciones en distinto sentido o haga uso de sus facultades en caso de encontrar que la actividad desarrollada corresponde a una operación exclusiva de alguna de sus instituciones supervisadas.

CAPITULO IV **Carta de Derechos de los Consumidores**

Artículo 24. Carta de Derechos de los Consumidores

Con el fin de que los consumidores de seguros estén más conscientes de sus derechos y estén dispuestos a ejercerlos, el Superintendente, mediante acuerdo, publicará la carta de derechos de los consumidores, la cual será un instrumento que permitirá conocer los derechos de las personas frente a las entidades supervisadas por la Superintendencia General de Seguros y los mecanismos para reclamar ante ellas. Asimismo en esta carta se establecerán los derechos ante esta Superintendencia y los compromisos que adquiere con los consumidores de seguros.



Un ejemplar de la misma estará disponible en el portal de internet de la Superintendencia y en el de cada entidad aseguradora.

**TÍTULO IV
DISPOSICIONES FINALES
CAPÍTULO I**

Normativa posterior

Artículo 25. *Acuerdos del Superintendente*

El presente reglamento podrá ser desarrollado por medio de acuerdos que al efecto el Superintendente emita con el objetivo de precisar las obligaciones de los supervisados conforme el ámbito de aplicación de esta normativa así como los principios y derechos derivados de la Carta de los Derechos de los Consumidores y su aplicación práctica.

**CAPÍTULO II
Vigencia**

Artículo 26. *Vigencia*

Rige seis meses después de su publicación en el Diario Oficial.

**CAPÍTULO III
Disposiciones transitorias**

Transitorio I. *Creación de la instancia de atención al consumidor de seguros*

Las entidades aseguradoras procederán a la creación de la instancia de atención al consumidor, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del presente Reglamento en el Diario Oficial. Hasta dicha instalación, las funciones de atención al consumidor serán atendidas transitoriamente por las oficinas de atención al cliente o semejantes con que cuente la entidad supervisada.

Transitorio II. *Manual de políticas y procedimientos para la atención de avisos de siniestro y atención del consumidor*

Las entidades aseguradoras, procederán a emitir el manual de políticas y procedimientos para la atención de avisos de siniestro y atención del consumidor dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del presente Reglamento en el Diario Oficial.

Transitorio III. *Plazo para emitir la primera publicación sobre el informe trimestral de gestión*

La primera publicación del informe trimestral de gestión, se efectuará tres meses después de vencido el plazo establecido en el Transitorio I para la creación de la instancia de atención al consumidor.

Atentamente,



Documento suscrito mediante firma digital.

Lic. Jorge Monge Bonilla
Secretario del Consejo