



**Interseguro**

**MANUAL PARA LA GESTIÓN DE CONDUCTA DE  
MERCADO**

## Índice

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1	5
1.1. Objetivo	5
1.2. Lineamientos Generales sobre la Gestión de Conducta de Mercado	5
1.3. Descripción del funcionamiento del Sistema de Gestión de Conducta de Mercado	6
1.4. Indicadores de Gestión de Conducta de Mercado	6
1.5. Mecanismos y procedimientos para cumplir objetivos:	8
1.6. Responsabilidades de áreas involucradas	9
1.7. Oficial de Conducta de Mercado	11
1.8. Canales de comunicación	12
1.9. Información de Interés a los Usuarios	13
1.9.1 Difusión de información a los usuarios a través de la página web:	13
Actualización de Tarifario y solicita aprobaciones	16
Solicita a MDA actualización de tarifario	16
1.9.2 Difusión de información a los Usuarios a través de nuestros Centros de atención:	17
1.10. Política de capacitación sobre la Gestión de Conducta de Mercado	17
1.11. Política de elaboración de nuevos productos	17
1.12. Contenido de la Póliza	20
1.13. Participación en Iniciativas	21
1.14. Monitoreo de Productos	22
1.15. Comercializadores	22
CAPÍTULO 2	23
2.1. Objetivo	23
2.2. Marco Legal	23
2.3. Definiciones	23
2.4. Plazo de Atención y Formalización de Presentación	27
2.5. Libro de reclamaciones	27
2.6. Reclamos de Entidades Gubernamentales	27
2.7. Medios de Respuesta	28

---

2.8.	Absolución, Desistimiento e Impugnación	28
2.9.	Procedimiento consultas, requerimientos y reclamos	29
2.9.1.	Recepción de consultas, requerimientos y reclamos	30
2.9.2.	Análisis de casos y elaboración de respuesta	30
2.9.3.	Envío de respuesta al usuario	31
2.9.4.	Custodia de documentos	31
CAPÍTULO 3		32
3.1.	Introducción	32
3.2.	Definiciones	33
3.3.	Objetivos	34
3.4.	Compromiso con los usuarios	34
3.5.	Fundamentos del código	35
<b>3.5.1.</b>	<b>Transparencia de la información</b>	35
<b>3.5.2.</b>	<b>Condiciones Contractuales</b>	36
<b>3.5.3.</b>	<b>Gestión de Reclamos, Requerimientos y Solicitudes</b>	37
<b>3.5.4.</b>	<b>Educación Financiera y Cultura de Seguros</b>	37
<b>3.5.5.</b>	<b>Tratamiento de la información relativa a los clientes</b>	38
3.6.	Consideraciones Generales para los Productos de Seguros	38
<b>3.6.1.</b>	<b>Respecto a la póliza de Seguros</b>	38
<b>3.6.2.</b>	<b>Consideraciones específicas para Productos</b>	40
3.7.	Anexos de Autorregulación	40
3.8.	Actualización del código	40
3.9.	Responsabilidad y Monitoreo	41
3.10	Vigencia	41
ANEXO 1		42
ANEXO 2		45
CUADRO DE CAMBIOS		48

## INTRODUCCIÓN

El Manual para la Gestión de Conducta de Mercado desarrolla las políticas y los procedimientos generales para la oferta o promoción de productos de seguros, la transparencia de información y la tramitación y solución de consultas, requerimientos y reclamos que presentan los usuarios sean estos clientes o no de Interseguro, de acuerdo con los estándares establecidos en la Resolución S.B.S No. 4143-2019 – Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, Circular SBS G-184-2015 - Servicio de Atención a los Usuarios, Ley Nro. 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor y Decreto Supremo No. 011-2011-PCM - Reglamento de Libro de Reclamaciones.

Además, el presente Manual contiene los mecanismos y procedimientos que serán utilizados para cumplir con los objetivos de la Gestión de Conducta de Mercado, identificar las responsabilidades de las áreas involucradas en la implementación de procedimientos con usuarios, así como las responsabilidades y funciones del Oficial de Conducta de Mercado, y el uso de los canales de comunicación y de coordinación entre ellos.

---

## **CAPÍTULO 1**

### **SISTEMA DE GESTIÓN DE CONDUCTA DE MERCADO**

#### **1.1. Objetivo**

La finalidad del Sistema de Gestión de Conducta de Mercado es contar con un marco general y específico como guía operativa que facilite la labor que realizan los operadores del Sistema de Gestión de Conducta de Mercado y el personal involucrado de las áreas responsables de Interseguro en la tramitación y solución de consultas, requerimientos y reclamos que presentan los usuarios, de tal manera que su actuación sea transparente, eficaz, proactiva y predecible.

#### **1.2. Lineamientos Generales sobre la Gestión de Conducta de Mercado**

- Los Usuarios pueden presentar los reclamos o requerimientos mediante una comunicación escrita de manera presencial, vía Courier o correo electrónico, así como a través de una llamada telefónica.
- El Sistema de Reclamos y Requerimientos es el canal de ingreso que centraliza la información de reclamos y requerimientos presentados por los usuarios de la Compañía, el cual permite el seguimiento de los casos.
- Los reclamos, consultas y requerimientos serán respondidos dentro de los plazos establecidos en el Manual de Servicio al Cliente.
- Los requerimientos y/o reclamos pueden resultar en cualquiera de los siguientes dictámenes:
  - Procedente: Se aprueba el requerimiento y/o reclamo solicitado. Se procederá a realizar las acciones solicitadas por el usuario.
  - Improcedente: No se aprueba el requerimiento y/o reclamo solicitado.
  - Improcesable: No se cuenta con la documentación, explicación o evidencias completas para poder realizar el análisis del caso. En cuyo caso se indicará mediante una comunicación los documentos / evidencias que debe presentar.

En cualquier caso, el resultado de la evaluación (procedente, improcedente o improcesable) será comunicada al cliente a través del medio de respuesta pactado.

- Los usuarios tienen el derecho de presentar impugnaciones a los Reclamos resueltos desfavorablemente.

- Todas las comunicaciones que se envíen como respuesta a los reclamos presentados por los usuarios, deben indicar las instancias y entes reguladores a los que podría acudir en caso no estar conforme con la resolución del reclamo. Pueden acudir, dependiendo del producto reclamado, a:
  - La Defensoría del Asegurado
  - Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (“SBS”)
  - Indecopi
  - Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud
  - Superintendencia Nacional de Salud
- Las comunicaciones de respuesta de reclamos deben ser firmadas por un funcionario autorizado según sea el caso.
- El Jefe de Servicio al cliente vela por el cumplimiento de los plazos de atención de acuerdo a lo definido en el Manual de Servicio al Cliente.
- Los reclamos que llegan por entes externos como la Defensoría del Asegurado, Indecopi, Plataforma de Atención al Usuario de la SBS serán centralizados por la Gerencia Legal.
- Interseguro mantiene la documentación de los reclamos resguardados en el archivo central, siguiendo el procedimiento descrito en el Manual de Archivo de División de Operaciones.

### **1.3. Descripción del funcionamiento del Sistema de Gestión de Conducta de Mercado**

El Sistema de Gestión de Conducta de Mercado de Interseguro se compone por los siguientes canales de comunicación:

- Presencial
- Telefónico
- Virtual (WEB, e-mail)
- Escrito (formularios, oficios, cartas de Entes reguladores o clientes)

### **1.4. Indicadores de Gestión de Conducta de Mercado**

En cumplimiento con el artículo 10 de la resolución SBS N° 4143-2019 Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, se definen los siguientes indicadores del área a fin de que la Oficialía detecte oportunidades de mejora y realice las medidas correctivas correspondientes, los cuales serán presentados ante la Superintendencia y el Directorio en los informes semestral y anual. A continuación,

se muestra en la siguiente tabla los indicadores, su base de cálculo y umbrales de control.

<b>INDICADORES DE GESTIÓN DE CONDUCTA DE MERCADO</b>				
<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medición</b>	<b>Umbral de Control</b>	<b>Frecuencia</b>
Gestión de reclamos SAC	% reclamos fundados	N° de reclamos fundados / Total de reclamos	hasta 53%	Trimestral
Gestión de siniestros	% de siniestro rechazados	N° de siniestros rechazados / Total de siniestros	hasta 12%	Trimestral
Capacitación al personal	% de capacitaciones programadas de acuerdo al Plan Anual de CM	N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas	no menor a 100%	Semestral
Cumplimiento	Número de sanciones por entidad	Cantidad de sanciones desagregado por entidad	no mayor a 2	Trimestral
Prácticas de Negocio	% Reclamos por No reconoce el seguro + Mala venta (Bancaseguros)	N° total de reclamos no reconoce + mala venta / Total de Reclamos	15%	Trimestral

Prácticas de Negocio	% Reclamos por No reconoce el seguro + Mala venta (Agentes)	N° total de reclamos no reconoce + mala venta / Total de Reclamos	15%	Trimestral
----------------------	---	---	-----	------------

### Umbrales de Control

- **Porcentaje de reclamos fundados:** Valores superiores al umbral puede ser indicativo de una mala práctica en la promoción o comercialización de uno o varios productos, por lo se hace necesario un análisis de causa raíz en colaboración con el equipo Comercial, Masivos y Digital para determinarlo.
- **Siniestros rechazados:** Valores superiores al umbral de control pueden ser indicativo de una estricta política de siniestros o poca claridad en alguna de las coberturas dando como resultado menores siniestros dictaminados a favor del cliente. Ello amerita un análisis de causa-raíz en colaboración con el área de siniestros para detectar si existe alguna irregularidad.
- **Porcentaje de capacitaciones programadas de acuerdo al plan anual de Conducta de Mercado:** Un valor inferior al umbral de control implica sesiones no realizadas en cumplimiento del plan anual de capacitaciones.
- **Cantidad de sanciones:** Históricamente Interseguro ha mantenido una tasa de sanciones mínimas a comparación al mercado que se sitúa en cifras superiores a los 30 casos por trimestre. Valores superiores al umbral de control amerita un análisis causa-raíz en colaboración del equipo legal, Operaciones, Comercial, Masivos y Digital, según corresponda.
- **Porcentaje de reclamos: no reconoce el seguro + mala venta:** En las últimas revisiones realizadas, se ha identificado un alto porcentaje de reclamos por seguro no reconocido (algunos de estos reclamos, vinculados a mala venta). En ese sentido, a fin de revisar las prácticas de negocio relacionadas a la comercialización se realizará la medición de los casos de reclamos por seguros no reconocidos o mala venta, diferenciado por canales: bancaseguros y agentes. Se espera poder alcanzar el umbral de control en mediano / largo plazo.

### 1.5. Mecanismos y procedimientos para cumplir objetivos:

El área de Servicio de Atención al Cliente (SAC) enviará trimestralmente a la SBS, dentro de los 15 días calendario, posteriores al cierre del trimestre respectivo a través de SUCAVE y por medio escrito utilizando, según como corresponda, los reportes de reclamo N°RR1, RR2 y RR3 que se presentan como anexo N°2 de la circular G N°184-2015.



El Reporte detallará lo siguiente:

- Número de reclamos recibidos durante el trimestre por códigos y motivos (en trámite por plazos)
- Número de reclamos absueltos en el trimestre a favor de la empresa y a favor del usuario (por plazos)
- Tiempo promedio de atención
- Los productos y motivos de reclamos.
- Número de reclamos en trámite
- Número total de operaciones de la empresa en el último trimestre.

Para efectos de la difusión de los reclamos, en la página web de Interseguro se publica un reporte que contiene información histórica trimestral del total de reclamos atendidos por la empresa, clasificados por las diez (10) operaciones, servicios o productos que con mayor frecuencia sean objeto de reclamos, indicando lo siguiente (Anexo IV):

- Los motivos más frecuentes de reclamo.
- El número de reclamos que fueron solucionados a favor del usuario y a favor de la empresa.
- El tiempo promedio de su absolución, según lo indicado en el Anexo III.
- Número total de operaciones de la empresa, tal como fue informado en el Reporte 24.

Dicha información deberá ser consistente con aquella que la empresa remita periódicamente a la SBS mediante los reportes de reclamo N° RR1, RR2 y RR3 que se presentan como anexo N°2 de la circular 184-2015.

Se elaborará un informe de gestión trimestral dentro del mes siguiente al cierre del reporte sobre la evolución de los reclamos, el cual se pondrá en conocimiento de la Gerencia General y del Comité de Calidad donde se revisarán los planes de acción tomados para el trimestre y los resultados obtenidos de los planes de acción del trimestre anterior, con el objetivo de mejorar la gestión de atención a los usuarios (requerimientos y reclamos).

El tiempo para el envío de este informe será dentro de los 15 días siguientes al envío del informe SUCAVE (ejemplo: si el envío vía SUCAVE se hizo el 15 de Julio, el informe debe ser enviado a la Gerencia General máximo el 30 de julio)

## **1.6. Responsabilidades de áreas involucradas**

El Sistema de Gestión de Conducta de Mercado se materializa a través de las siguientes áreas, cuyas finalidades y funciones se describen a continuación:

**a) Directorio y Gerencia General**

El Directorio es responsable de la aprobación de las políticas, medidas y procedimientos necesarios que permitan a Interseguro contar con un adecuado Sistema de Gestión de Conducta de Mercado en su estrategia de negocio y dar cumplimiento a la normativa correspondiente. Asimismo, el Directorio es responsable de conocer y monitorear los principales retos y dificultades afrontados por Interseguro en la implementación del Sistema de Gestión de Conducta de Mercado.

La Gerencia General será responsable de coordinar con el Oficial de Conducta de Mercado la implementación de las políticas, medidas y procedimientos aprobados por el Directorio y que son necesarios para el funcionamiento del Sistema de Gestión de Conducta de Mercado, según los términos que se indican en la Resolución SBS N° 4143-2019.

Asimismo, la Gerencia General será responsable de asignar los recursos humanos, técnicos y logísticos que permitan al Oficial de Conducta de Mercado, el cumplimiento de las funciones en virtud de lo mencionado en el Reglamento.

**b) Auditoría Interna**

El área de Auditoría Interna es responsable de evaluar el funcionamiento del Sistema de Gestión de Conducta de Mercado, así como el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución SBS N°4143-2019 sobre la base de los procedimientos de auditoría generalmente aceptados.

**c) Servicio de Atención al Cliente (SAC)**

El área de Servicio de Atención al Cliente (SAC) es el área encargada de recibir, investigar, y dar respuesta a las consultas, requerimientos y reclamos presentados por los usuarios y de ser el caso, derivarlos a las áreas responsables para su evaluación y resolución, debiendo velar por el cumplimiento de plazos máximo establecidos para su atención, así como la calidad y sustento de las respuestas brindadas a los usuarios, en el caso de algunos productos la recepción puede ser en los canales de Comercialización el detalle se puede consultar en el Manual de procedimientos de Servicio al Cliente.

El área de Servicio de Atención al Cliente (SAC) centraliza toda la información estadística de la atención de reclamos, requerimientos y consultas y es la responsable de reportar trimestralmente a la SBS las estadísticas

correspondientes, así como reportar mensualmente la información relevante de las estadísticas a las áreas involucradas y poner dicha información en conocimiento de la Vicepresidencia Comercial de forma trimestral.

El área de Servicio de Atención al Cliente (SAC) es la responsable de publicar trimestralmente en la Página Web la Información estadística de los reclamos presentados por el usuario.

#### **d) Gerencia de División de Operaciones (Rentas Vitalicias, Vida y Masivos)**

Gestiona las comunicaciones con los clientes inherentes al proceso de los seguros que mantienen con la compañía.

Provee de información al área del SAC para resolución de reclamos o consultas y requerimientos.

#### **e) Gerencia Legal**

Es el área encargada de dar el soporte legal a las diferentes áreas de la organización de la empresa en los asuntos vinculados a sus operaciones y sus fines, con el propósito de regirnos acorde al marco legal vigente.

Es la responsable de dar respuesta a los requerimientos de organismos gubernamentales derivados de reclamos de usuarios, tales como: SBS, INDECOPI, Defensor del Asegurado, Organizaciones de Protección al Consumidor y otros.

### **1.7. Oficial de Conducta de Mercado**

El Oficial de Conducta de Mercado 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 la gestión de conducta de mercado.

Asimismo, coordina con las demás áreas de la Compañía los mecanismos y acciones que deberán implementarse para el adecuado funcionamiento de la Gestión de Conducta de Mercado. Además, cuenta con las siguientes responsabilidades:

- Elaborar el programa anual de trabajo, el cual deberá ser puesto en consideración previa del directorio y aprobado por éste antes del 31 de diciembre de cada año, el cual deberá ser enviado cada año a la SBS en copia.

Emitir un informe del primer semestre y un informe anual que permitan evidenciar el nivel de cumplimiento de las responsabilidades y funciones establecidas en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros.

A continuación, se describen las funciones específicas del Oficial de Conducta de Mercado (OCM):

- Proponer al directorio y a la gerencia, las estrategias y medidas que permitan gestionar una adecuada conducta de mercado.
- Evaluar y verificar la aplicación de las políticas, medidas y procedimientos implementados para asegurar la adecuada conducta de mercado en la empresa que se refleje en el actuar de toda la organización, incluida la aplicación y monitoreo del cumplimiento de los principios recogidos en el Reglamento.
- Verificar que la empresa cuente con procedimientos que permitan el cumplimiento de las normas vigentes en materia de conducta de mercado establecidas por la Superintendencia.
- Participar en el proceso del diseño del producto, y en la revisión de la información que será proporcionada a los usuarios a través de las diferentes modalidades de comercialización.
- Hacer seguimiento a las modalidades de comercialización de seguros y al cumplimiento de los contratos de comercialización suscritos por la empresa, a fin de identificar la comisión de prácticas inadecuadas por parte de las diferentes modalidades de comercialización, y proponer alternativas de solución.
- Monitorear la tramitación de reclamos, a fin de identificar la comisión de prácticas contrarias a la normativa vigente.
- Evaluar el proceso de atención de solicitudes de cobertura y su prestación, propia o a cargo de terceros, a fin de verificar la efectividad del proceso y el trato justo al asegurado y/o beneficiario.
- Generar reportes e indicadores que le permitan detectar oportunidades de mejora en los procedimientos de la empresa relacionados con usuarios y proponer medidas correctivas, las cuales deben ser puestas en conocimiento de la gerencia.
- Diseñar un plan anual de capacitación para el personal de la empresa que tiene relación con los usuarios, coordinar su ejecución y medir los resultados de su eficacia.
- Ser el representante ante la Superintendencia, en los temas relacionados a conducta de mercado.
- Atender los requerimientos de información asociados a la gestión de conducta de mercado solicitados por la Superintendencia.

## **1.8. Canales de comunicación**

### **a) Comunicación entre áreas**

Los canales de comunicación formales entre las áreas involucradas en la conducta de mercado se dan a través de correos electrónicos, reuniones con actas, los manuales de procedimientos, las circulares y otras comunicaciones.

**b) Comunicación con los usuarios:**

Los usuarios pueden presentar sus consultas, requerimientos y reclamos a través de los siguientes canales:

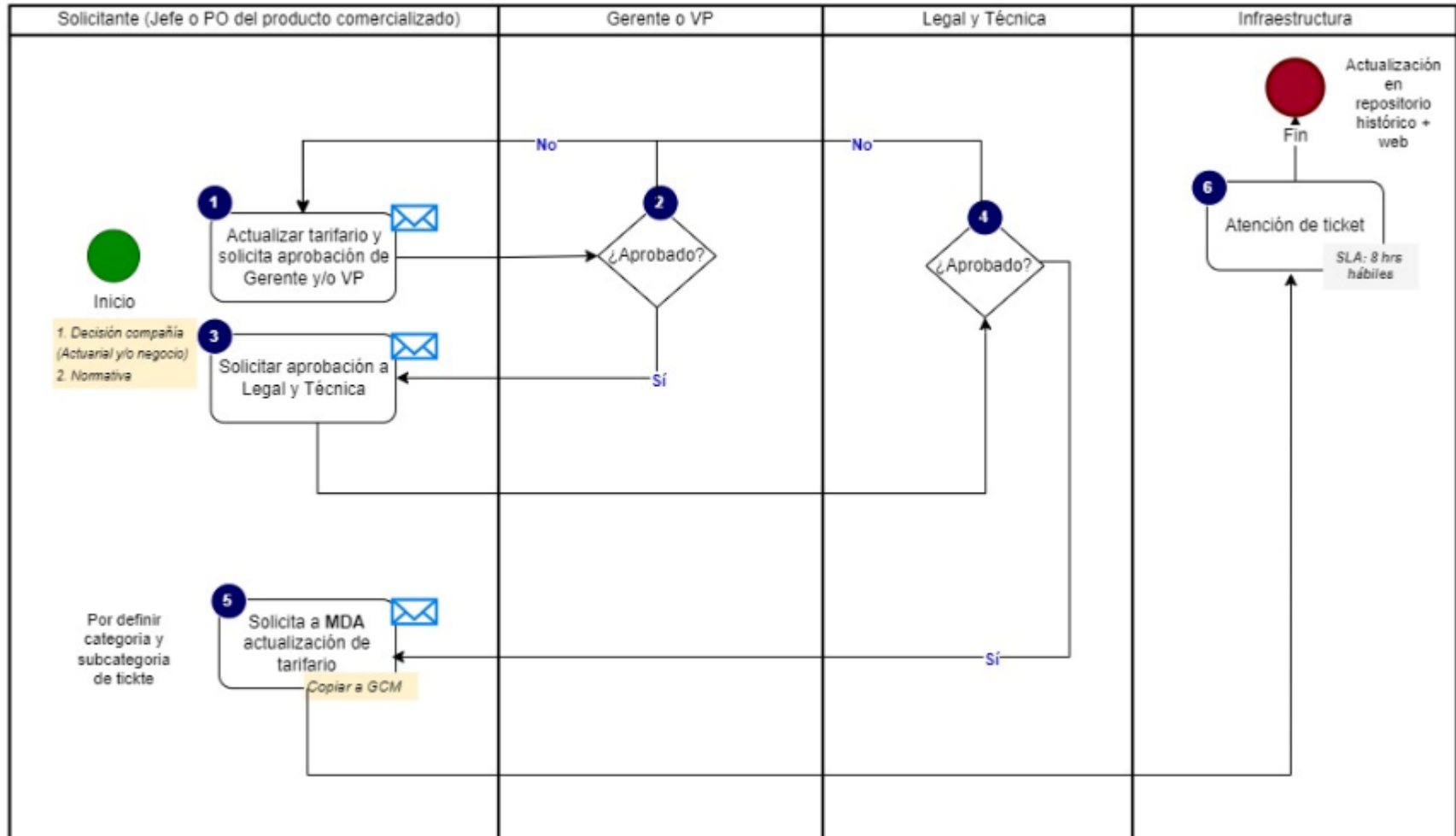
- Presencialmente a través de la oficina de Paseo de la República (en Lima).
- Mediante comunicación escrita (carta).
- Call Center, llamando al: 500 00 00
- Página Web [www.interseguro.com.pe](http://www.interseguro.com.pe)
- A través de nuestros comercializadores.

**1.9. Información de Interés a los Usuarios**

**1.9.1 Difusión de información a los usuarios a través de la página web:**

- A través de la página web los usuarios podrán encontrar información sobre cada producto: Coberturas, exclusiones, condicionados generales, preguntas frecuentes y otros. Así como los procedimientos para solicitar coberturas y presentar sus requerimientos, quejas y/o reclamos.
- Información sobre los tarifarios para productos.
- Información sobre los derechos del asegurado: Derecho de arrepentimiento y derecho de contratar a un corredor de seguros.
- Información sobre procedimientos y canales para registrar un requerimiento, Queja y/o reclamo.
- Enlaces de interés, de principales instituciones a las que pueden acudir los usuarios para presentar un reclamo. Portal de atención al Usuario de la SBS (PAU), Defensoría del asegurado e Indecopi.
- Información sobre los principales motivos de reclamos presentados a la Compañía con el detalle de producto y si resultaron a favor o no del usuario.
- Información sobre siniestros rechazados.

Con relación a los tarifarios, de acuerdo a lo dispuesto mediante Resolución SBS N° 01840-2022, publicada el 07 junio 2022, que modifica el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado; se estableció la obligación, por parte de las empresas de seguros, de guardar un registro histórico de sus tarifarios. En ese sentido, el flujo de mantenimiento del repositorio de tarifarios se detalla a continuación.



Nº	Actividad	Descripción de la actividad	Tipo	Responsable
1	Actualización de Tarifario y solicita aprobaciones	<p>1. Los cambios en el tarifario estarán a cargo del dueño del producto (Líder del área o PO)</p> <p>2. Para el caso de Comercial Rentas el responsable es el Jefe de Rentas y para Operaciones el Jefe de Operaciones y Procesos.</p> <p>3. El dueño del producto deberá asegurar que el tarifario contengan la siguiente estructura:</p> <p>a. La nomenclatura de los archivos de los tarifarios deberá tener la estructura por las n veces que cambie el documento:  <b>Tarifario [Nombre de Producto] V.x yyyyymmdd</b></p> <p>Ejemplo:                      Nuevo Tarifario: Tarifario Soat v2 20220809                      Antiguo Tarifario: Tarifario Soat v1 20220715</p>	Detalle del proceso	Solicitante
5	Solicita a MDA actualización de tarifario	<p>El dueño del producto debe enviar el tarifario por correo a MDA, adjuntando la evidencia de la aprobación del Gerente/VP, Gerente de Técnica, Jefe de Gestión de Conducta de Mercado (GCM).</p> <p>En el correo deberá estar copiado el Jefe de Gestión de Conducta de Mercado, Analista y Asistente de Gestión de Conducta de Mercado.</p> <p>El requerimiento se categorizará como "Crítico" con un SLA de atención de 8hr útiles.</p> <p>La actualización se dará tanto en el repositorio histórico como en la web de IS.</p> <p>Al finalizar la atención tanto el dueño del producto como el área de GCM validarán se encuentre conforme.</p>	Detalle del proceso	Solicitante



### **1.9.2 Difusión de información a los Usuarios a través de nuestros Centros de atención:**

En nuestros centros de atención se encuentra a disposición de los usuarios los siguientes folletos informativos:

- Folletos informativos de los productos de la compañía.
- Folleto de atención al Usuario (Brinda mayor información al Usuario sobre el procedimiento y canales para registrar su requerimiento, queja y/o reclamo, requisitos, plazos de atención, otros).

### **1.10. Política de capacitación sobre la Gestión de Conducta de Mercado**

Esta actividad consiste en garantizar que la política de capacitación se lleva a cabo de manera rigurosa logrando el entrenamiento y actualización constante del personal que brinda información a los usuarios, tanto en temas de la oferta o promoción de los productos de seguros, como en las normas de Gestión de Conducta de Mercado, Transparencia de Información, Protección al Consumidor y Atención al Usuario en general y en el procedimiento de atención de reclamos y requerimientos.

La metodología utilizada es a través de talleres presenciales y un curso virtual, con un enfoque práctico y participativo.

Con la finalidad de garantizar el aprovechamiento de los contenidos de las capacitaciones, se realizarán pruebas individuales calificadas, cuya nota aprobatoria es mayor o igual a 13.

Dirigido a:

- Personal de Atención al Cliente (SAC)
- Personal que tenga contacto con Usuarios.

El área de Conducta de Mercado evaluará y realizará el seguimiento de las calificaciones en temas relacionados a la Conducta de Mercado y Transparencia de Información.

### **1.11. Política de elaboración de nuevos productos**

El presente acápite es de observación obligatoria para las áreas Técnica, Legal y de Conducta de Mercado, debido a que materializa lo dispuesto en el artículo 30° del Reglamento con relación a la prohibición de contar con cláusulas que resulten abusivas para el usuario. En ese sentido, es responsabilidad de dichas áreas velar para que las nuevas pólizas elaboradas no contengan cláusulas que impongan

condiciones excesivamente onerosas o que no resulten previsibles al momento de contratar.

Dichas cláusulas pueden versar:

- a) Sobre el marco normativo aplicable
- b) Sobre las obligaciones del asegurado y/o beneficiario
- c) Sobre los costos asociados al seguro
- d) Sobre los derechos del asegurado y/o beneficiario
- e) Sobre las obligaciones de la empresa de seguros

En el siguiente cuadro se detallan las características de cada tipo de cláusulas:

CATEGORIA	DESCRIPCIÓN
<b>Sobre el marco normativo aplicable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las que sean contrarias a la Ley del Contrato de Seguros y otras normas del sistema asegurador.</li> <li>• Las que establezcan la renuncia de los asegurados y/o beneficiarios a la jurisdicción y/o leyes que les favorezcan.</li> <li>• Las que establezcan plazos de prescripción que no se adecúen a la normatividad vigente.</li> </ul>
<b>Sobre las obligaciones del asegurado y/o beneficiario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las que establezcan la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario por incumplimiento de cargas que no guardan consistencia ni proporcionalidad con el siniestro.</li> <li>• Las que limiten los medios de prueba que puede utilizar el asegurado o que pretendan invertir la carga de la prueba en perjuicio del asegurado.</li> <li>• Las que establezcan la caducidad o pérdida de derechos del asegurado en caso de incumplimiento de cargas excesivamente difíciles o imposibles de ser ejecutadas.</li> <li>• Las que establezcan requisitos y requerimientos desproporcionados a los usuarios, para solicitar y/o recibir las prestaciones a cargo de la empresa.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las que impongan la pérdida de derechos del asegurado en caso de violación de leyes, normas o reglamentos, a menos que esta violación corresponda a un delito o constituya la causa del siniestro.</li> </ul>
<b>Sobre los costos asociados al seguro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Las que autoricen a la empresa a cobrar por servicios no prestados o no autorizados por el contratante.</li> </ul>
<b>Sobre los derechos del asegurado y/o beneficiario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las que prohíban o restrinjan el derecho de acudir a la vía judicial para resolver las controversias. Esta prohibición no se aplica al acuerdo para acudir a otros medios de solución de controversias, que se pueda celebrar entre el asegurado y la empresa una vez ocurrido el siniestro.</li> <li>Las que prevean o impliquen limitación o renuncia al ejercicio de los derechos de los usuarios.</li> <li>Las que establezcan limitaciones a formular reclamos y/o denuncias ante la empresa, instancias de solución de controversias o entidades administrativas por infracción de las normas aplicables.</li> </ul>
<b>Sobre las obligaciones de la empresa de seguros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>

	<p>la empresa o de aquellos subcontratados por esta.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Las que establezcan la facultad de efectuar modificaciones del contrato vigente sin aprobación previa y por escrito del contratante, o sin la aceptación de éste dentro de los 30 días de efectuada la comunicación con la propuesta de modificación.</li><li>• Las que faculten 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.</li></ul>
--	--

La Superintendencia, en su labor de fiscalización, ha identificado diversas cláusulas abusivas e contratos de microseguros y vehiculares, las cuales se adjuntan al presente Manual para su revisión y conocimiento como Anexos 1 y 2, respectivamente.

### 1.12. Contenido de la Póliza

El área de Gestión de Conducta de Mercado, realizará la revisión de los condicionados de los productos que se encuentran en comercialización, a fin de validar que cuenten con el contenido mínimo establecido en el Reglamento.

En ese sentido se validará que las pólizas contengan lo siguiente:

- Relación de documentos e información suficiente que se requiere para proceder al ajuste y liquidación del siniestro. Esta información debe ser identificada por tipo de cobertura.
- Mecanismos de solución de controversias, en caso corresponda.
- Información sobre derecho de arrepentimiento, en caso corresponda.
- Identificación clara de las Condiciones Generales, con la finalidad de que los usuarios puedan diferenciarlas de las condiciones particulares, especiales y/o endosos que formen parte de la póliza.
- Consignación de la Prima Comercial y Prima Comercial + IGV; asimismo informar los conceptos que incluye la Prima Comercial.
- En caso corresponda, se deberá Informar la existencia de bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores, mencionando las variables

que inciden en su determinación; lo que también resulta aplicable en el caso de seguros vinculados a créditos cuando las referidas bonificaciones, premios y otros beneficios se otorguen al contratante.

- Procedimiento para solicitar valores de rescate de la póliza de seguro de vida (incluyendo aquellos que cuenten con componente de ahorro y/o inversión), y forma de cálculo del valor de rescate.

En caso de seguros de vida con componente de ahorro e inversión:

- Información sobre la distribución de las primas comerciales entre los componentes de seguros y los componentes de ahorro y/o inversión, según lo requiera la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.
- Información sobre las modalidades de remisión y periodicidad para el envío de estados de cuenta. Estas modalidades de remisión y periodicidad deben cumplir con los requerimientos que señale la Superintendencia mediante norma de carácter general.

### **1.13. Participación en Iniciativas**

Como parte de las funciones del Área de Conducta de Mercado, se encuentra su participación en las diversas iniciativas propuestas por las diferentes áreas de la Compañía, con la finalidad de validar que éstas cumplan con los lineamientos establecidos en el Reglamento y/o proponer modificaciones que permitan que éstas se adecúen a lo dispuesto normativamente.

#### **1.13.1 Iniciativas PMO**

Inclusión de la Coordinadora de Condicionados y Conducta de Mercado como Gestora de Proyectos, cuya función es revisar al inicio de cada trimestre las iniciativas aprobadas y priorizadas por el Comité de Gerencia para ser desarrolladas en el citado trimestre, así como determinar cuáles tienen algún tipo de impacto de cara al Reglamento y a los usuarios, para que el área de Conducta de Mercado participe y valide que el análisis, desarrollo e implementación de las citadas iniciativas se encuentre acorde a la regulación.

#### **1.13.2 Iniciativas TI**

El equipo de Conducta de Mercado tiene acceso al Tablero de Iniciativas, propiedad del área de Tecnología de la Información (TI), así como participa en la revisión de los documentos funcionales de las iniciativas que requieren desarrollo e implementación en los sistemas de la Compañía.

### **1.13.3 Iniciativas Digitales**

Reunión mensual con los líderes de la VP Masivos, Digital y Analítica (MDA) para mapear las iniciativas digitales de impacto a los usuarios que propongan en su gestión, así como dar soporte con perspectiva de consumidor, de conformidad con los lineamientos de Conducta de Mercado.

### **1.13.4 Iniciativas Propias**

El Área de Gestión de Conducta de Mercado, como parte de sus funciones, podrá sugerir a las diferentes áreas la implementación de nuevas herramientas o modificación de sus procedimientos, con la finalidad de optimizar resultados y lograr un mejor servicio para los clientes.

## **1.14. Monitoreo de Productos**

De manera trimestral, el área de Gestión de Conducta de Mercado realizará la revisión de los productos que se encuentran en la página web de Interseguro, con la finalidad de validar que se encuentre la información vinculada al pago de la prima, riesgos cubiertos, exclusiones, alcances del derecho de arrepentimiento y canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del producto; de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20° del Reglamento.

## **1.15. Comercializadores**

El área de Gestión de Conducta de Mercado, a través del Analista Senior de Condicionados y Conducta de Mercado, realizará la revisión de los Contratos y Adendas suscritos con los comercializadores, velando por la inclusión de prácticas adecuadas para la comercialización de seguros, fomentando la entrega de información sobre las características de los productos ofrecidos, con la finalidad de que los clientes puedan tomar una decisión acorde a sus necesidades.

## CAPÍTULO 2

### ATENCIÓN DE CONSULTAS, REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

#### 2.1. Objetivo

Establecer el proceso general para la atención de consultas, requerimientos y reclamos presentados por los usuarios en las oficinas de Interseguro.

#### 2.2. Marco Legal

- Ley N°29946: Ley del Contrato de Seguro
- Ley General: Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por Ley N° 26702, y sus normas modificatorias.
- Ley No. 29571: Código de Protección y Defensa del Consumidor.
- Circular G-184-2015 SBS: Servicio de Atención a los usuarios.
- Lineamientos de Protección al Consumidor aprobados mediante Resolución N° 001-2001-LIN-CPC/INDECOPI.
- Decreto Supremo N° 011-2011-PCM, que aprueba el Reglamento del Libro de Reclamaciones del Código de Protección y Defensa del Consumidor.
- Resolución SBS N° 3198-2013, Reglamento del Pago de Primas de Pólizas de Seguros
- Resolución SBS N° 3202-2013, Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros
- Resolución SBS N° 2829-2016, Reglamento de Pólizas de Microseguros
- Resolución SBS N° 4143-2019, Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros

#### 2.3. Definiciones

Para los propósitos de este procedimiento se aplican las siguientes definiciones:

- **Asegurado:** titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro. Puede ser también el contratante del seguro.
- **Beneficiario:** persona designada por el contratante y/o asegurado en la póliza de seguro, como titular de los derechos indemnizatorios especificados.
- **Certificado de seguro:** documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivo, 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. También se consideran

comercializadores a las empresas de operaciones múltiples (bancaseguros) y a las empresas emisoras de dinero electrónico.

- **Cláusulas generales de contratación:** conjunto de estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro.
- **Condiciones especiales:** estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales o particulares.
- **Condiciones generales:** conjunto de estipulaciones que recogen aspectos relativos a la extensión de la cobertura del seguro, riesgos excluidos, procedimiento para la solicitud de cobertura y de liquidación del siniestro, entre otros.
- **Condiciones mínimas:** conjunto de estipulaciones señaladas en la normativa vigente que requieren aprobación por parte de la Superintendencia.
- **Condiciones particulares:** estipulaciones 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 convenio 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.
- **Convenio de Pago:** documento en el que consta la forma y plazos del pago de la prima convenidos con la empresa de seguros, en caso se pacte el pago fraccionado de la prima. La formalidad de su emisión corresponde a las empresas.
- **Días:** días calendario.
- **Endoso:** documento adicional a la póliza de seguro, en el que se establecen modificaciones a la póliza o certificado de seguros o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido aprobados por el contratante y la empresa, según corresponda.
- **Factor de autenticación:** conforme a la definición señalada en la Circular G-140-2009, referida a la gestión de la seguridad de información y sus modificatorias.
- **Fraccionamiento:** facilidad de pago que otorga la empresa para efectuar el pago de la prima en cuotas periódicas, según los términos acordados en el convenio de pago.



- **Gerencia:** gerente general y aquellos funcionarios, cualquiera sea su denominación, que colaboren directamente con el gerente general en la ejecución de las políticas y decisiones relacionadas con la gestión de la conducta de mercado en el sistema de seguros.
- **Ley de Seguro:** Ley del Contrato de Seguro, 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.
- **Póliza de seguro:** documento que refleja las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa y el contratante. Incluye los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y endosos.
- **Póliza de seguro electrónica:** es la versión digital de la póliza de seguro, regulada por la Ley de Seguro y las normas emitidas por la Superintendencia, y que es remitida y/o puesta a disposición por medios electrónicos. Se entiende que toda referencia a la póliza de seguro electrónica en el presente Reglamento comprende al certificado de seguro electrónico en el caso de seguros de grupo o colectivos.
- **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 por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores, y el beneficio comercial de la empresa.
- **Promoción de seguros:** mecanismo por el cual se hace de conocimiento público, los productos de seguros, mostrando los beneficios y ventajas de su contratación de manera directa, a través de folletos informativos, anuncios publicados en medios de comunicación o a través del uso de sistemas a distancia.
- **Promotor de seguros:** persona natural que mantiene un contrato con la empresa que lo faculta a promover, ofrecer y comercializar productos de seguros en nombre de la empresa de manera exclusiva dentro o fuera de las oficinas de la empresa.
- **Reglamento:** Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros.

- **Reglamento de Comercialización:** Reglamento de Comercialización de Productos de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 1121-2017 y sus normas modificatorias.
- **Seguros de grupo o colectivo:** modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad homogénea.
- **Seguro individual:** modalidad de seguro mediante la cual se asegura a un solo asegurado principal.
- **Seguros masivos:** seguros estandarizados que no requieren de requisitos especiales de aseguramiento, es decir, no requieren verificaciones previas en relación con las personas y/o bienes asegurables, siendo suficiente la simple aceptación del contratante o del asegurado para el consentimiento del seguro individual o seguro de grupo o colectivo, según corresponda.
- **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. Incluye los seguros de vida (muerte y sobrevivencia), seguros de accidentes personales y seguros de salud.
- **Solicitud-certificado:** documento que recoge la información de la solicitud de seguro y certificado de seguro, y que es utilizado en los seguros de grupo o colectivos siempre que sean masivos.
- **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.
- **Usuarios:** contratantes, asegurados o beneficiarios de seguros, inclusive los potenciales.

## **2.4. Plazo de Atención y Formalización de Presentación**

El plazo máximo para la resolución de los reclamos presentados por los usuarios es de 30 días calendario desde la fecha de presentación en la Compañía hasta la entrega efectiva al usuario.

De requerirse un tiempo mayor al estimado, la Compañía deberá comunicárselo al usuario indicando el motivo del retraso y el nuevo plazo estimado para la respuesta final.

Para la presentación del reclamo, el usuario podrá utilizar el formulario Atención de Reclamos o una carta simple donde se identifique claramente al titular y se exponga los motivos del reclamo.

La Compañía tiene la obligación de entregar al solicitante, un código único que evidencie la entrega y recepción del mismo, así como la confirmación sobre el plazo máximo en la que dará respuesta al reclamo. Del mismo modo debe informar los canales a los cuales podrá acudir el solicitante para realizar consultas sobre el proceso de la absolución del reclamo.

El usuario debe elegir el medio que utilizará la Compañía para responder el reclamo, pudiendo ser por escrito, correo electrónico o telefónicamente.

En caso de que el reclamo verse sobre un algún microseguro, el plazo máximo para la resolución del mismo será de 15 días calendario.

## **2.5. Libro de reclamaciones**

La Compañía en cumplimiento del Reglamento del Libro de Reclamaciones, cuenta con un Libro de Reclamaciones, el cual se encuentra a disposición de los usuarios en todas las oficinas de Atención al cliente de Interseguro.

Una vez ingresado el reclamo a través del libro de reclamaciones, los usuarios recibirán un código correlativo, el cual les permitirá hacer seguimiento a su caso, así como el original de la hoja de reclamación.

El plazo de atención de reclamos ingresados a través del libro de reclamaciones es de 15 días útiles.

En caso de que el reclamo verse sobre un algún microseguro, el plazo máximo para la resolución del mismo será de 15 días calendario.

## **2.6. Reclamos de Entidades Gubernamentales**

Se podrán recibir reclamos de las siguientes entidades gubernamentales:

- Defensoría del Asegurado
- SBS
- Plataforma de Atención al Usuario de la SBS (PAU)
- INDECOPI
- SUNAT
- Centros de Conciliación
- Juzgados
- Superintendencia Nacional de Salud
- Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud

El área Legal atenderá los requerimientos procedentes de las entidades gubernamentales, los mismos que serán recibidos a través de las Oficinas de Atención al Cliente, Recepción de la Oficina de Torre Orquídeas o Paseo de la República, directamente, vía correo electrónico o a través de las plataformas empleadas por las entidades mencionadas para tal fin.

## **2.7. Medios de Respuesta**

Los medios por los cuales podemos dar respuesta a los usuarios son carta, teléfono o correo electrónico. Este se realizará según el medio de respuesta indicado por el usuario.

Las consultas y requerimientos que puedan ser resueltos mediante la atención directa de la Ejecutiva en las Oficinas de Atención al Cliente, no deberán ser registrados en el sistema de registro.

Se ingresarán al sistema de registro todos los reclamos o requerimientos, inclusive aquellos que requieran intervención y/o solución de otras áreas.

Interseguro es responsable de comunicar a los usuarios el resultado del análisis efectuado a su reclamo a través del medio solicitado por él en el momento de la presentación del mismo.

En caso el medio de respuesta sea física, el envío del reclamo será a través de Courier. Cuando el usuario no sea ubicado al primer intento se realizarán 2 intentos más. En casos especiales, y según el análisis del Sub-Gerente de Servicio al Cliente, se enviará la respuesta notarialmente.

## **2.8. Absolución, Desistimiento e Impugnación**

Si la respuesta es procedente se entenderá, que el reclamo ha sido resuelto en beneficio del usuario en todos sus extremos.

Si la respuesta es no procedente debe fundamentarse la decisión, e incluir el procedimiento para impugnar ante las diversas instancias existentes, tales como el Defensor del Asegurado, el INDECOPI, la SBS y, de corresponder, la Superintendencia Nacional de Salud. Los medios permitidos para dar respuesta al usuario en este caso, será solo a través de carta o correo electrónico

El usuario puede desistir del reclamo en cualquier momento luego de la notificación del mismo. Estos desistimientos se atenderán en las Oficinas de Atención al Cliente y/o vía telefónica o electrónica.

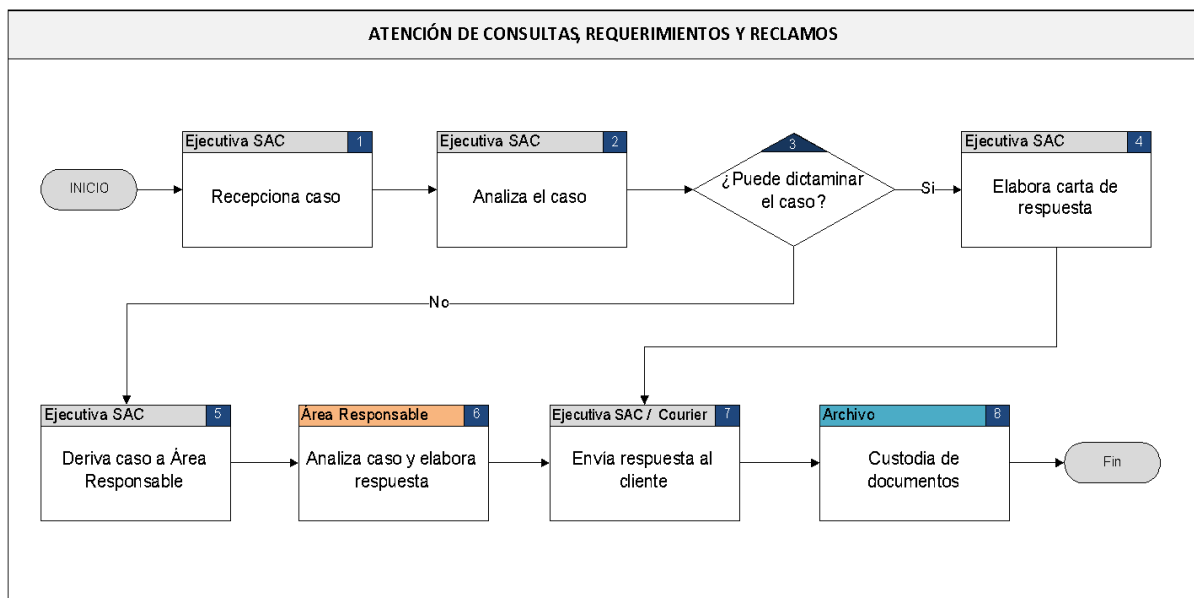
El usuario puede impugnar la respuesta que Interseguro le ha enviado, en primera instancia ante la compañía o a través del Defensor del Asegurado, Plataforma de Atención al Usuario de la SBS y el INDECOPI.

La impugnación se registrará como un nuevo reclamo debiendo el ejecutivo marcar obligatoriamente al momento de llenar el formulario, el indicador de "Impugnación" y será considerado como tal, con los mismos requisitos y condiciones.

**2.9. Procedimiento consultas, requerimientos y reclamos**

- La atención de consultas, requerimientos y reclamos se divide en cuatro etapas, tal y como se muestra en el siguiente flujo. En este acápite se describe de manera general los pasos a seguir para la atención de consultas, requerimientos y reclamos. Cabe mencionar que los procedimientos específicos se encuentran descritos en el Manual de Atención al Cliente y en los condicionados generales de cada producto.

**Recepción, Análisis y Respuesta**



### **2.9.1. Recepción de consultas, requerimientos y reclamos**

- El usuario se contacta con el canal de atención de Interseguro para realizar una consulta o presentar un requerimiento o reclamo de cualquier medio (presencial, telefónico, email o carta).
- La Ejecutiva SAC recibe la comunicación y verifica la identidad del usuario o, en caso sea un tercero en representación del usuario, el poder correspondiente y la identidad del tercero, según el medio de comunicación:
  - Presencial - Documento de identidad del usuario; o, el poder de representación otorgado por el usuario a favor del tercero y el documento de identidad del tercero.
  - Telefónico – Preguntas de validación
  - Email – Documento de identidad escaneado o, el poder de representación escaneado otorgado por el usuario a favor del tercero y el documento de identidad escaneado del tercero.
  - Carta – Copia del documento de identidad o, del poder de representación otorgado por el usuario a favor del tercero y del documento de identidad del tercero.
- Luego revisa si se trata de una consulta, requerimiento o reclamo de acuerdo a la tipificación descritas en el Manual de Atención al Cliente.
  - a) Si se trata de reclamo o requerimiento:
    - Imprime y llena el Formulario de Atención de Reclamos, pacta con el usuario o su representante la modalidad de respuesta e informa el plazo máximo de respuesta.
    - Solicita la firma del usuario o de su representante, registra en el Sistema y entrega copia del formulario.
  - b) Si se trata de Consulta:
    - No es necesario completar ningún formulario

### **2.9.2. Análisis de casos y elaboración de respuesta**

- La Ejecutiva SAC evalúa si puede ser atendido de inmediato dependiendo de la complejidad de la solicitud y del canal de comunicación utilizado:
  - Si puede ser atendido: brinda la respuesta inmediatamente al usuario.
  - No puede brindar la respuesta de inmediato, evalúa si cuenta con los elementos para preparar la respuesta:
    - a) Si cuenta con los elementos para la respuesta:
      - Elabora la respuesta, registra en el Sistema y dictamina.

- Envía respuesta al usuario por escrito mediante servicio de mensajería. Las vías de entrega pueden ser: Courier, valija interna o de manera presencial.
- Luego registra la información del envío o entrega de la respuesta en el sistema para control interno.
- b) Si no cuenta con los elementos para la respuesta:
  - Registra en el Sistema de Requerimientos y Reclamos y deriva al área que corresponda para que analice el caso.
  - Si es Requerimiento; el responsable del área involucrada recibe la solicitud, realiza el análisis a través del Sistema, para luego proceder a dictaminarlo y emitir una carta de respuesta al usuario.
  - Si es Reclamo, el responsable del área involucrada recibe la solicitud y envía los descargos, con los sustentos enviados la ejecutiva analiza y dictamina el caso, redacta la carta de respuesta para que luego sea enviada. Si la carta de respuesta amerita ser revisada y analizada por legal se enviará un correo solicitando sus apreciaciones.
  - Se envía la respuesta a SAC.

### **2.9.3. Envío de respuesta al usuario**

- La Ejecutiva SAC recibe la información y envía respuesta al usuario o a su representante, según lo acordado. Las vías de entrega serán de acuerdo a lo coordinado previamente con el usuario o su representante y podrán ser a través de: Courier, valija interna o de manera presencial.
- En el caso que el medio de respuesta sea físico, el procedimiento será según lo estipulado en el punto 2.7 de este manual.
- Registra el envío o entrega de la documentación en un archivo de Excel para control interno.

### **2.9.4. Custodia de documentos**

- La Ejecutiva SAC recibe los cargos de entrega firmados por las personas que recibieron los documentos y los envía junto con las cartas presentadas por los usuarios a Archivo de Operaciones y Técnica, para que los archive en el file correspondiente (ver Manual de Archivo de División de Operaciones).
- Luego registra el envío del cargo en un archivo de Excel para control interno.

## CAPÍTULO 3 CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS

### 3.1. Introducción

El Código de Buenas Prácticas en la Relación de la Empresa con los Usuarios (en adelante, el “Código”) considerando los principios de conducta de mercado y contemplando los lineamientos adoptados por las Compañías de Seguros asociadas al interior de la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG) en el desarrollo de sus buenas prácticas de negocio, garantizando el desarrollo adecuado de la Gestión de Conducta de Mercado, en cumplimiento a lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 (en adelante el “Reglamento”).

La aplicación de las disposiciones del presente Código se realizará teniendo en cuenta el compromiso de utilizarlo como una herramienta destinada a desarrollar las buenas prácticas de negocio, la transparencia y veracidad en la información que proporcionamos a nuestros usuarios a través de los diferentes canales de atención al usuario implementados por las Compañías de Seguros, y el cumplimiento de una adecuada gestión de reclamos y requerimientos.

En este contexto, las declaraciones incorporadas en este Código tienen por objeto mejorar la relación e interacción con los usuarios, la calidad en la prestación de los servicios y, en consecuencia, mejorar la calidad de la atención a nuestros usuarios y/o sus beneficiarios, garantizando un servicio acorde con la normativa vigente, e incluso, en muchos casos, superando estos estándares.

Para conocer el impacto que el compromiso asumido alcanza, se ha diseñado un modelo de gestión soportado en un tablero de indicadores homologado por todas las Compañías de Seguros, el cual permite abordar de forma sistemática y coherente una serie de tareas para identificar las medidas más adecuadas que permiten medir la calidad del servicio y evaluación de los resultados.

Los indicadores de medición han sido establecidos de acuerdo a la dinámica del mercado de seguros y alineado al nivel de compromiso asumido por los asociados de APESEG, los cuales están orientados a medir los estándares de los servicios ofrecidos al consumidor.



### 3.2. Definiciones

Para estos efectos deberán considerarse las siguientes definiciones:

- Colaboradores: personal contratado por las Compañías de Seguros para realizar labores vinculadas a su actividad, estén o no incluidos en la planilla de remuneraciones, incluyendo al directorio y la gerencia general, comprendiendo todas las organizaciones.
- Promotores de seguros: persona natural que mantiene un contrato con la empresa que lo faculta a promover, ofrecer y comercializar productos de seguros en nombre de las Compañías de Seguros, de manera exclusiva dentro o fuera de las oficinas de las Compañías de Seguros.
- Corredores de seguros: personas naturales o jurídicas, autorizadas por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFPs (en adelante la “Superintendencia”), que asesoran y/o intermedian contratos de seguros entre las Compañías de Seguros y los usuarios.
- Comercializadores: persona natural o jurídica con la que las Compañías de Seguros celebran un contrato de comercialización, con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros.
- Proveedores de servicios: persona natural o jurídica con la que las Compañías de Seguros celebran un contrato de prestación de servicios, con el objeto de que este se encargue de realizar labores vinculadas a su actividad, distintas a la actividad de comercialización y/o de promoción de productos de seguros.
- Usuarios y/o Clientes: aquellos identificados como contratantes, asegurados o beneficiarios de seguros, inclusive los potenciales.

El presente Código es aplicable a los diferentes canales de atención habilitados para su aplicación, siendo su cumplimiento de carácter obligatorio.

### **3.3. Objetivos**

Este Código de Buenas Prácticas en la Relación de la Empresa con los Usuarios establece las bases para el desarrollo de las prácticas adecuadas de negocio, con el objeto de garantizar un comportamiento adecuado y responsable frente a los usuarios, sujetándose a los principios de Conducta de Mercado y a la normatividad vigente aplicable a nuestra actividad.

El presente Código garantiza el compromiso de las Compañías de Seguros de adecuar su conducta y la de sus colaboradores, y de propender el adecuado funcionamiento conforme a las reglas incluidas en él y de cumplir a cabalidad las obligaciones que aquí se contraen en beneficio de sus usuarios.

### **3.4. Compromiso con los usuarios**

Los compromisos que las Compañías de Seguros asumen con sus usuarios son los siguientes:

- a) Velar por los intereses de los usuarios brindando un asesoramiento integral y diligente, sujeto al cumplimiento de las buenas prácticas de negocio y a los principios de Conducta de Mercado, conducta que será desarrollada durante la etapa de oferta o promoción de los productos de seguros, comercialización, el pago de las primas, la tramitación de la solicitud de cobertura, en la liquidación y pago de la indemnización por algún siniestro o servicio ofrecido.
- b) Brindar a los usuarios la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los productos y/o servicios que ofrecemos, con el objeto de dar a conocer los costos, derechos y obligaciones que contempla un contrato de seguros, así como aquellos aspectos relevantes relacionados con los beneficios, riesgos y condiciones del seguro que las Compañías de Seguros ofrecen.
- c) Proveer mecanismos ágiles para una adecuada gestión de sus reclamos, solicitudes y consultas, utilizando información veraz en un lenguaje sencillo y comprensible, absolviendo todos los aspectos que son materia de consulta y/o reclamo, y brindado por personal capacitado y especializado en la atención a los usuarios, salvaguardando la información recibida en el marco del compromiso de confidencialidad asumido y en estricta observancia de la normatividad sobre Protección de Datos Personales.
- d) Difundir la información contenida en el presente Código al interior de las Compañías de Seguros, además de promover su difusión en las comunicaciones con sus usuarios a través de los diferentes canales de atención implementados.
- e) Redactar las pólizas de seguros con cláusulas claras y sencillas para facilitar la comprensión y ejecución de lo pactado por ambas partes, debiendo incluir toda aquella información vinculada al producto ofertado en la etapa de contratación.

- f) Cumplir los compromisos pactados en las pólizas de seguros durante toda la relación contractual con profesionalidad, buena fe, diligencia y lealtad.
- g) Adoptar las buenas prácticas detalladas en este Código teniendo como objetivo la conducción responsable y diligente de los negocios.
- h) Velar por la entrega de la póliza o certificado de seguro según corresponda al tipo de producto ofrecido.
- i) Brindar un trato digno, amable y respetuoso a sus derechos como consumidores.
- j) Capacitar y disponer de material de capacitación a los colaboradores y promotores de seguros para que puedan brindar información actualizada y correcta sobre los productos y servicios que brindan las Compañías de Seguros, así como también, respecto de los derechos de los usuarios en materia de Conducta de Mercado y de Protección al Consumidor.
- k) Proponer mecanismos para generar reportes e indicadores que le permita detectar oportunidades de mejora en los diversos procedimientos de las Compañías de Seguros relacionados con la Gestión de Conducta de Mercado.
- l) Adoptar las medidas que sean necesarias para promover una cultura de protección al medioambiente y al uso eficiente de los recursos, garantizando nuestro compromiso con el desarrollo de actividades ambientalmente sostenibles, que se evidencia en la búsqueda de minimización del impacto de nuestras actividades sobre el medio ambiente.

### **3.5. Fundamentos del código**

#### **3.5.1. Transparencia de la información**

Las Compañías de Seguros realizan sus actividades aplicando las normas y procedimientos establecidos en la normativa vigente, incorporando como deberes fundamentales las siguientes actividades:

- Garantizar la transparencia en la información durante toda la relación contractual, incluyendo la oferta o promoción, y comercialización; el pago de las primas; la tramitación de la solicitud de cobertura, así como la liquidación y pago de la indemnización por algún siniestro o servicio ofrecido.
- Brindar el acceso, de manera oportuna, a la información simple, clara, suficiente y completa, sobre sus diferentes productos de seguros, con un lenguaje sencillo y de fácil comprensión, principalmente lo que corresponde a los riesgos cubiertos, suma asegurada, prima comercial y exclusiones contenidas en las pólizas, a través de los diferentes canales y modalidades de comercialización y/o de intermediación que se tengan disponibles para cubrir con las necesidades de los usuarios. Adicionalmente, cuando se apliquen costos asociados a deducibles, franquicias, copagos o coaseguros, brindará explicación a los usuarios

sobre el significado de dicha terminología y su alcance.

- Las Compañías de Seguros difundirán la información referida a la prima comercial, cobertura, exclusiones y demás características de sus productos a través de los mecanismos de difusión de información establecidos en nuestra normativa vigente.
- Difundir el contenido de este Código a sus usuarios, colaboradores, corredores de seguros, proveedores y canales de comercialización con la finalidad de velar por su cumplimiento.
- Poner a disposición de los usuarios, en caso de ocurrencia de un siniestro, información permanente sobre los procedimientos para el ajuste y liquidación de siniestros, que permitan la interacción con la empresa y el seguimiento de la solicitud de cobertura en todas sus etapas.
- Los requerimientos de información serán oportunos, claros y acordes con los riesgos cubiertos, así como con las características del siniestro bajo evaluación.
- Capacitar a los canales de comercialización sobre los productos de seguros, financiamiento y pago de primas, atención de siniestros, el proceso de atención de reclamos, el reglamento de transparencia y los alcances del presente código.

### 3.5.2. Condiciones Contractuales

- Las condiciones contractuales correspondientes a los productos de seguros deberán ser redactadas en un lenguaje sencillo y claro que permita una adecuada comprensión por parte de los usuarios sobre sus derechos y obligaciones. Estas deberán ser redactadas con caracteres no inferiores a tres (3) milímetros.
- Las condiciones contractuales correspondientes a los productos de seguros masivos, obligatorios y personales serán sometidas a aprobación administrativa previa de la Superintendencia. La aprobación de condiciones mínimas de estos productos no podrá ser materia de modificación a través de condiciones particulares, especiales y/o endosos.
- Los modelos de pólizas de seguros serán puestos a disposición en las oficinas de atención al público, página web u otro mecanismo que sea aplicable como mecanismo de difusión.
- Identificar y eliminar toda práctica que pueda afectar a los usuarios, incluyendo la eliminación de toda cláusula que pueda causar un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de los usuarios. Los productos no incorporarán cláusulas abusivas ni estipulaciones prohibidas, las comprendidas en los Anexos 1 y 2 del Reglamento y las que puedan determinarse.

- Las expectativas de los usuarios sobre los productos que adquieran de las Compañías (atributos, beneficios, características, condiciones, limitaciones, entre otras) se generan a partir de la información que reciben por parte de los diversos canales y modalidades de comercialización que mantienen las Compañías de Seguros. En este sentido, las Compañías de Seguros garantizarán que los productos de seguros brindados a los usuarios cumplan con los atributos, beneficios, características y/o condiciones detalladas en la póliza, en la publicidad, en la página web u otros documentos informativos que las Compañías pongan a disposición de los usuarios.

### 3.5.3. Gestión de Reclamos, Requerimientos y Solicitudes

Las Compañías de Seguros gestionan los reclamos, requerimientos y solicitudes, contemplando su administración integral y el correspondiente seguimiento a su tramitación, con la finalidad de brindar una atención adecuada y oportuna a los usuarios, comprometiéndose a:

- Informar sobre los procedimientos y canales de atención de reclamos, requerimientos y solicitudes.
- Absolver los reclamos, requerimientos y solicitudes, en forma oportuna dentro de los plazos establecidos en sus procedimientos internos, los cuales han sido determinados en función a la tipología de sus productos y servicios.
- Garantizar la calidad de respuesta a los reclamos, requerimientos y solicitudes presentados por los usuarios, debiendo conllevar una atención oportuna y objetiva de las comunicaciones presentadas por los usuarios, y la emisión de respuestas de todos los aspectos del reclamo.
- Evitar que los responsables de resolver los reclamos, requerimientos y solicitudes, tengan conflicto de intereses que afecten a sus usuarios.
- Elaborar la respuesta al reclamo, requerimientos y solicitudes de sus usuarios usando un lenguaje sencillo y comprensible que evidencie la objetividad en el análisis realizado.
- Analizar los reclamos presentados por los usuarios y utilizar los resultados obtenidos en la mejora de los productos de seguros comercializados y/o en la mejora de la relación con los usuarios.

### 3.5.4. Educación Financiera y Cultura de Seguros

La información brindada a los usuarios tiene como objetivo que ellos puedan conocer información relativa a la educación financiera y cultura de aseguramiento, comprometiéndose las Compañías de Seguros a:

- Promover a través de los canales de comunicación disponibles para los usuarios información relativa a educación financiera y cultura de aseguramiento.
- Promover a través de APESEG iniciativas gremiales con la finalidad de difundir la cultura de aseguramiento y educación financiera, estableciendo los mecanismos idóneos para evaluar sus resultados.
- Desarrollar contenidos para los usuarios vinculados a los riesgos a los cuales están expuestos y la importancia de contratar un seguro como una herramienta para afrontar los riesgos asociados a su patrimonio, salud, vida, entre otros.

### **3.5.5. Tratamiento de la información relativa a los clientes**

Para las Compañías de Seguros es muy importante tratar correctamente los datos personales de sus clientes. Por ello, se comprometen al cumplimiento efectivo de lo establecido en la normativa vigente de Protección de Datos Personales. Como parte de este cumplimiento, las Compañías de Seguros realizarán este tratamiento para las finalidades determinadas, explícitas y lícitas, debidamente informadas al momento de recopilación de dichos datos personales.

Asimismo, para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos personales, las Compañías de Seguros han implementado medidas de seguridad técnicas, organizativas y legales de acuerdo con los más altos estándares de seguridad en el mercado de seguros. Un aspecto prioritario para las Compañías de Seguros es mantener informado a sus clientes sobre las condiciones de tratamiento de sus datos personales, por lo cual, las Compañías de Seguros han implementado los avisos de privacidad en todos sus canales de contacto.

## **3.6. Consideraciones Generales para los Productos de Seguros**

### **3.6.1. Respeto a la póliza de Seguros**

- Las Compañías de Seguros velarán por el cumplimiento de los dispositivos normativos vigentes y aplicables a las pólizas de seguros.
- Las Compañías de Seguros pondrán a disposición de los usuarios la solicitud

de seguro que permita la adecuada declaración del riesgo, sin perjuicio de información adicional o inspecciones que pueda requerir para la evaluación del riesgo. De no mediar rechazo a la solicitud de seguro, dentro del plazo de quince (15) días contados desde la solicitud, las Compañías de Seguros remitirán y/o pondrán a disposición del usuario correspondiente, la póliza de seguro con toda la documentación que esta conlleva, según sea una contratación individual o colectiva o a través de un corredor de seguros, debiendo para estos efectos realizarlo a través del canal o medio, que fuera previamente informado al usuario. Si el canal es electrónico, el usuario podrá solicitar adicionalmente su entrega por medio físico.

- En caso, la contratación de los seguros masivos, bajo la modalidad de seguro de grupo o colectivo, se celebre en los locales de las Compañías de Seguros o del comercializador, con intervención del personal de estos, se entregará de forma inmediata, la solicitud-certificado al usuario correspondiente.
- Antes de la contratación, las Compañías de Seguros deberán poner al alcance de sus usuarios, información acerca del derecho de arrepentimiento, que afecta a los seguros que fueron contratados a través de comercializadores y/o adquiridos por medio de sistemas de comercialización a distancia, así como los canales de fácil acceso para el ejercicio del derecho de arrepentimiento por parte del usuario correspondiente, debiendo evitar contemplar requisitos o exigencias adicionales que dificulten el ejercicio de dicho derecho.
- Las políticas y procedimientos para la atención de solicitudes de aplicación del derecho de arrepentimiento, así como el sustento de la devolución de la prima pagada, serán de conocimiento y aplicación por parte del comercializador.
- Reconocer el derecho que tienen los usuarios a designar a un corredor de seguros como su representante frente a las Compañías de Seguros, en aquellos actos de administración y no de disposición de derechos, con sujeción a lo establecido en el marco legal vigente.
- Las modificaciones a los productos de seguros contratados requerirán previamente la aceptación de los usuarios, para tales efectos las Compañías de Seguros cursarán una comunicación a sus usuarios con antelación a la entrada de vigencia del cambio o modificación respectiva, tal como lo establece la normativa vigente.
- Los canales puestos a disposición por las Compañías de Seguros para solicitar la resolución del contrato de seguro serán de fácil acceso, estableciéndose como mínimo los mismos canales utilizados para la contratación de la póliza, sin que resulten aplicables requisitos o exigencias adicionales. Las Compañías de Seguros utilizarán los medios de comunicación idóneos para que los usuarios se encuentren en capacidad de tomar conocimiento adecuado y oportuno de la modificación o resolución contractual a ser efectuada.

### 3.6.2. Consideraciones específicas para Productos

Para los seguros obligatorios que se encuentran regulados por una Ley especial, tales como SOAT, Seguro de Vida Ley, Rentas Vitalicias, Microseguros, entre otros; se respetará la reglamentación y leyes previstas.

### 3.7. Anexos de Autorregulación

Se implementarán el Tablero de Indicadores que detallamos a continuación que, con una frecuencia trimestral, tiene por finalidad evaluar la gestión y correcta aplicación del Código de Buenas Prácticas.

Indicadores: Benchmark Mercado asegurador APESEG



Tipo	Indicador	Metodología de Cálculo	Estado
Transparencia en la información	Resultados de visitas inopinadas - Sección Transparencia en la información	$\frac{\text{Aspectos evaluados como positivos}}{\text{Total de aspectos evaluados de la sección}}$	Aprobado
Atención al usuario	Resultados de visitas inopinadas - Sección Atención al usuario	$\frac{\text{Aspectos evaluados como positivos}}{\text{Total de aspectos evaluados de la sección}}$	Aprobado
Gestión de reclamos y requerimientos	Ratio de reclamos por 1000 operaciones	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamos absueltos}}{\text{N}^\circ \text{ de operaciones} \times 1000}$	Aprobado
Gestión de reclamos y requerimientos	Tiempo promedio de atención de reclamos	$\frac{\sum \text{Tiempo de absolución(días calendario)}}{\text{N}^\circ \text{ de reclamos absueltos}}$	Aprobado
Gestión de reclamos y requerimientos	% Cumplimiento normativo en atención de reclamos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamos absueltos en el plazo}}{\text{N}^\circ \text{ de reclamos absueltos}}$	Aprobado
Gestión de reclamos y requerimientos	% reclamos absueltos por canal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamos por canal de respuesta}}{\text{N}^\circ \text{ de reclamos absueltos}}$	Aprobado
Gestión de reclamos y requerimientos	Ratio de reclamos por siniestros rechazados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamos asociados a siniestros rechazados}}{\text{N}^\circ \text{ siniestros rechazados}}$	Aprobado
Gestión de reclamos y requerimientos	Reclamos asociados a protección de datos personales / Total de reclamos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamos asociados a Protección de datos}}{\text{N}^\circ \text{ reclamos registrados}}$	Aprobado
Gestión de reclamos y requerimientos	% de reclamos fundados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamos fundados}}{\text{N}^\circ \text{ reclamos totales}}$	Aprobado
Gestión de reclamos y requerimientos	% de requerimientos atendidos en el plazo normativo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de requerimientos absueltos en el plazo}}{\text{N}^\circ \text{ de requerimientos absueltos}}$	Aprobado
Gestión de Siniestros	% de siniestros rechazados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de siniestros rechazados}}{\text{N}^\circ \text{ de siniestros}}$	Aprobado
Capacitación al personal	% de capacitaciones programadas de acuerdo al Plan Anual de la Oficial de Atención al Usuario	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de capacitaciones brindadas}}{\text{N}^\circ \text{ de capacitaciones programadas}}$	Aprobado
Capacitación al personal	% de personal aprobado (Nota 13 como mínimo)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ personal aprobado}}{\text{N}^\circ \text{ de personal evaluado}}$	Aprobado
Cumplimiento Normativo	Número de infracciones y sanciones impuestas por el Indecopi.	Número de infracciones y sanciones impuestas por el Indecopi a partir del 2019	Aprobado
Cumplimiento Normativo	Número de infracciones y sanciones impuestas por la SBS	Número de infracciones y sanciones impuestas por la SBS a partir del 2019	Aprobado

Nota: A partir de abril de 2019

### 3.8. Actualización del código



El presente Código será modificado y/o actualizado cuando se hayan generado cambios o impactos significativos en los procedimientos vigentes.

### **3.9. Responsabilidad y Monitoreo**

El Oficial de Conducta de Mercado es el funcionario responsable de implementar el Código de Buenas Prácticas en la Relación de la Empresa con los Usuarios al interior de las Compañías de Seguros, así como verificar y velar por su cumplimiento, proponiendo las alternativas de mejora que estime convenientes.

### **3.10 Vigencia**

Este Código será aprobado por el Directorio de APESEG y el de cada Compañía de Seguros y entrará en vigencia a partir de la fecha de su aprobación.

**ANEXO 1**

<b>CLAUSULAS ABUSIVAS DE LOS CONTRATOS DE MICROSEGUROS</b>			
<b>RIESGO</b>	<b>TEMA</b>	<b>CLAUSULA ABUSIVA IDENTIFICADA</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
Accidentes Personales	Efectos de las comunicaciones	<b>2.4 Avisos y comunicaciones</b> Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y la Compañía surten todos sus efectos en relación al Asegurado, con las limitaciones previstas en el marco legal vigente	En los seguros de grupo no hay nombramiento del corredor por parte del asegurado.
Accidentes Personales	Gestión de siniestros	(...) podrá solicitar información o documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación y liquidación del siniestro, siempre que los mismos guarden relación con el siniestro.	No corresponde la solicitud de documentación adicional. La Compañía debe efectuar el pago de la indemnización dentro de los 20 días siguientes a la recepción de la documentación completa para la comprobación de la ocurrencia del siniestro.
Accidentes personales	Pago de primas	<b>2.2. PAGO DE PRIMAS:</b> (...) 2.2.2 Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida origina la resolución automática del microseguro.	La resolución automática por falta de pago de la prima, solo es posible en la medida que exista un periodo de suspensión previo o un periodo de gracia.
Accidentes personales	Reclamos	<b>13. Quejas, consultas y reclamos</b> El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus quejas, consultas y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción. Del mismo modo, El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios, según corresponda pueden (i) presentar reclamos ante la	Los reclamos de microseguros deben atenderse en 15 días y no en 30 como señala la cláusula.

		Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, o (ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFPs – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI	
Accidentes personales	Resolución del contrato	<p><b>13. Resolución del Contrato</b></p> <p>El contrato de seguro queda resuelto por: i) falta de pago de la prima desde la fecha en que se produjo el incumplimiento, de manera automática y sin previo aviso, ii) el pago del total de las coberturas establecidas en la póliza, iii) por el vencimiento del plazo establecido en la póliza, iv) por dolo o fraude del Contratante o Asegurado, v) o de manera voluntaria por el Asegurado, previo aviso de treinta (30) días a La Compañía, para cuyo efecto deberá proceder a remitir una carta simple al Área de Servicio al Cliente, la misma que será recepcionada en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, ubicadas en las direcciones que aparecen en nuestra página web: (...)</p>	La resolución puede efectuarse a través de los mismos mecanismos de formar, lugar y medios que los utilizados para la contratación, ante lo cual, no corresponde solicitar una formalidad adicional para la resolución.
Desgravamen	Resolución del contrato	<p><b>Término de la cobertura</b></p> <p>El término de la cobertura se producirá por falta de pago de la prima, por el pago del total de las coberturas establecidas en la póliza, por alcanzar el límite de permanencia indicado en el artículo 5°, por dolo o fraude del contratante o asegurado</p>	La compañía debe emitir un pre-aviso al contratante antes de proceder con la resolución.

Misceláneos	Gestión de siniestros	<p><b>Artículo 13° AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA</b></p> <p>Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:</p> <p>1. Dar aviso por escrito a la oficina principal de la COMPAÑÍA o del Comercializador de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.</p>	El plazo de aviso del siniestro se computa desde que se tiene <u>conocimiento</u> de la ocurrencia del siniestro.
Seguro de Vida en Grupo Particular	Ingreso al seguro	<p><b>Personas asegurables</b></p> <p>La edad mínima de ingreso del Asegurado es dieciocho (18) años de edad y la edad máxima de permanencia del Asegurado es de sesenta y cinco (65) años. De igual forma, deberán cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que establezca la política de suscripción de la Compañía Aseguradora</p>	No precisa cuales son los requisitos de asegurabilidad adicionales, y ello contravendría lo señalado en la normativa actual de microseguros que no establece requisitos.

**ANEXO 2**  
ANEXO 2

<b>CLAUSULAS ABUSIVAS DE LOS CONTRATOS DE SEGURO VEHICULAR</b>		
TEMA	CLAUSULA ABUSIVA IDENTIFICADA	OBSERVACIÓN
Cobertura	<p><b>ARTÍCULO 1.</b> (...) III. Consideraciones: 1. LA COMPAÑÍA pondrá a disposición del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, a través de la web, la relación de los talleres preferentes y afiliados para la atención del VEHÍCULO ASEGURADO, debiéndose tener en cuenta que dicha atención está limitada geográficamente y que sólo estará disponible en las ciudades indicadas en la dirección web anteriormente mencionada. Es una obligación de LA COMPAÑÍA el mantener permanentemente actualizada dicha relación de talleres debiendo informar ello en la web, teniendo en cuenta que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO es quién tiene la potestad de elegir el taller en donde se realizará la reparación. LA COMPAÑÍA no deberá ser considerada responsable por las demoras o retrasos en los que incurra o pueda incurrir el Taller elegido.</p>	No corresponde la limitación de responsabilidad cuando ésta responde a hechos oponible a la Compañía, como la aprobación del presupuesto de reparación.
Gestión de siniestros	<p><b>4. ¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?</b> (...) Análisis: (...) El requerimiento de los documentos dependerá del tipo de cobertura que se solicita, y serán elegidos de la lista de documentos que consta como Anexo N° 1 al presente Condicionado General. ANEXO N°1 LISTA DE DOCUMENTOS (...) 15. Constancia de Pago de Primas</p>	Debe prescindirse del documento requerido en tanto que es la Compañía quien está en mejor posición de conocer si se han efectuado los pagos o no.
Gestión de siniestros	<p><b>ARTÍCULO 17: EVALUACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA</b> (...) • Cualquier otro documento que solicite la Compañía en razón a la complejidad o particularidad del caso.</p>	Debe precisarse que podrá requerirse información adicional en el plazo de 20 días dentro de los 30 días que dispone la Compañía para la evaluación.

	<p>Para tal efecto, la Compañía solicitará, en caso corresponda, estos documentos dentro de los primeros veinte (20) días de conocido el siniestro.</p>	
<p>Modificación del contrato (renovación)</p>	<p><b>ARTÍCULO 13</b>  <b>INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO</b>          (...)                   La Póliza tiene vigencia anual, salvo que las CONDICIONES PARTICULARES establezcan una vigencia distinta y no se renovará automáticamente, salvo que contenga una cláusula de renovación automática y que así conste en las CONDICIONES PARTICULARES. Al término de cada vigencia LA COMPAÑÍA podrá modificar la prima y/o cualquier otra condición establecida en la Póliza, en cuyo caso se considerará que presenta una nueva oferta de seguro. La oferta será comunicada al ASEGURADO por cualquier medio previamente acordado a su dirección con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario al inicio de la nueva vigencia, usando los canales de comunicación acordados. EL ASEGURADO tendrá quince (15) días calendario desde la fecha en que recibe la oferta para expresar su rechazo o aceptación. En caso de rechazo se considerará que no hay aceptación de la oferta y por lo tanto no hay contrato de seguro.</p>	<p>Las modificaciones a la renovación de la póliza deben darse cursando un aviso por escrito con una anticipación no menor de 45 días previos al vencimiento del contrato, debiendo el contratante, en un plazo no menor de 30 días previos a dicho vencimiento, manifestar su rechazo a la propuesta</p>
<p>Resolución del contrato</p>	<p><b>7. CAUSALES DE TERMINACION, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:</b>          (...)                   7.2 La resolución deja sin efecto la póliza o el certificado de seguro, según corresponda, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones existentes entre Contratante, el Asegurado y la Aseguradora y ocurre en cualquiera de los siguientes casos: (...)</p>	<p>Deberá precisarse que se comunicará la resolución de forma previa.</p>

	f) En caso que el Asegurado, incumpla cualquiera de las obligaciones o cargas establecidas en la Cláusula 9° de la presente póliza.	
Resolución del contrato	<b>ARTÍCULO 14 RESOLUCIÓN DEL CONTRATO</b> (...) Al resolverse la Póliza por las causas antes dichas, LA COMPAÑÍA mantendrá la parte de la prima correspondiente al tiempo en el cual la Póliza se encontraba vigente.	Debe incorporarse la obligación de la Compañía de devolver la prima no devengada y el plazo en que deberá hacerlo.

### CUADRO DE CAMBIOS

Ítem	Página	Descripción
1.4-1.9	7, 8, 14, 15, 16	Se modifican indicadores de GCM. Se incorpora información sobre la modificación al Reglamento de Conducta de Mercado que establece la obligación de mantener un registro histórico de tarifarios. Se incluye el flujo de actualización.