



***Reglamento Interno para la atención del  
consumidor de seguros.***



## **Tabla de Contenido: Reglamento Interno para la atención del consumidor de seguros C.D.A.**

|   |   |
|---|---|
| Artículo 1.-Objeto, ámbito de aplicación y domicilio        | 3   |
| Artículo 2.-Nombramiento del titular.                       | 3   |
| Artículo 3.-Presentación de la queja o reclamación          | 5   |
| Artículo 4.-Personas legitimadas para reclamar.             | 6   |
| Artículo 5. -Cuestiones sometidas a conocimiento del C.D.A. | 6   |
| Artículo 6. -Admisión a trámite                             | 7   |
| Artículo 7. -Tramitación interna                            | ¡Error!   |
| Marcador no definido.                                       | Artículo 8. - Protección y uso del expediente: 10   |
| Artículo 9. - Finalización y notificación                   | ¡Error!   |
| Marcador no definido.                                       | Artículo 10. - Resolución de quejas y reclamaciones |
| ¡Error!   | Marcador no definido.                               |
| Artículo 11. -Informes Trimestrales                         | 12  |
| Artículo 12.-Archivo de expedientes:                        | 11  |
| Artículo 13.-Funcionamiento:                                | 13  |
| Artículo 14.-Modificaciones:                                | 14  |

# Reglamento Interno para la atención del consumidor de seguros.

---

## Artículo **1.-Objeto, ámbito de aplicación y domicilio**

El Servicio de atención y resolución de reclamaciones y quejas del Centro de Defensa del Asegurado de la Asociación de Aseguradoras Privadas ( en adelante “AAP”) (en adelante “C.D.A”) atenderá, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente, las quejas y reclamaciones que presenten los consumidores de seguros, que estén relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos. Las personas legitimadas para iniciar un proceso ante el C.D.A son: persona asegurada, tomador del seguro, beneficiario o interesado en la suscripción de una póliza de conformidad a lo que establece el artículo 4 del presente. y que deriven de los contratos que hayan celebrado o pretendieran celebrar con las compañías de seguros o de los cuales resultaran beneficiarios.

Los procedimientos desarrollados ante el C.D.A. son procedimientos extrajudiciales de protección de derechos, que se desarrollan de forma gratuita e independiente a la operativa interna de las compañías de seguros afiliadas.

## Artículo **2.-Nombramiento de los defensores.**

El C.D.A. será atendido por los defensores que se requieran, de acuerdo con su volumen de trabajo; serán nombrados por tiempo indefinido y cesados de su cargo por mayoría calificada de al menos el 80% de los directores de Junta Directiva de la AAP , presentes en la sesión respectiva. Las personas que ostenten tal cargo deberán tener el

conocimiento y experiencia adecuados para ejercer sus funciones, de acuerdo con el perfil del puesto “Defensor del Centro de Defensa del Asegurado”.

Las atribuciones que le corresponden a los Defensores del C.D.A. serán:

- a) Atender todas las quejas y reclamaciones que sean formuladas ante el C.D.A. que cumplan con los requisitos estipulados para ello.
- b) Analizar y resolver motivadamente todas las quejas y reclamaciones que sean formuladas ante el C.D.A. que cumplan los requisitos estipulados para ello.
- c) Solicitar la información necesaria a la compañía aseguradora y/o al consumidor de seguros y dar el seguimiento oportuno a su cumplimiento.
- d) Elaborar el informe trimestral correspondiente a cada una de aseguradoras que contraten al C.D.A bajo los parámetros que el Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros, SUGESE-06-13, establezcan, así como en conformidad a los artículos 10 y 11 del presente reglamento.
- e) Elaborar informes específicos sobre las quejas y reclamaciones presentadas al C.D.A. contra alguna de las compañías aseguradoras que se le presente el servicio del C.D.A. a solicitud de su gerencia general.
- f) A solicitud de la Junta Directiva de la A.A.P presentar informes generales sobre el volumen de quejas o reclamaciones tramitadas en el C.D.A., guardando la confidencialidad sobre la operativa y particularidades de las entidades denunciadas y cualquier otro dato que la ley costarricense establezca bajo esa condición y la normativa de protección de datos personales.

Los Defensores del C.D.A. cesarán en su cargo en los siguientes casos:

- a) Acuerdo de la Junta Directiva de la A.A.P.
- b) A solicitud del propio interesado.
- c) Extinción de la relación laboral de conformidad con las causales que establece el Código de Trabajo.
- d) Pérdida de los requisitos que condicionan su elegibilidad.
- e) Cualquier actuación indebida en el ejercicio de sus funciones. Se considerará como actuación indebida aquella que no cumpla con los parámetros de objetividad y eficiencia deseada, comprobándose en todo o en parte el favoreciendo a una parte, así como cualquier actuación que sea éticamente incorrecta.

### **Artículo 3.-Presentación de la queja o reclamación**

La presentación del escrito de queja o reclamación podrá realizarse personalmente o mediante representación, debidamente acreditada, en la sede del C.D.A. o por aquellos medios de comunicación a distancia que el C.D.A. disponga, incluyendo correo electrónico.

La entidad tendrá en sus oficinas formularios impresos para la formulación de quejas y reclamaciones que contienen los requisitos que se señalan a continuación:

- a) Nombre completo del consumidor o razón o denominación, 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) Referencia, fecha y/o número del reclamo presentado a la aseguradora y/o identificación de la póliza de seguros.
- c) Condición del reclamante como tomador de seguro, asegurado, beneficiario o interesado en la suscripción de una póliza de seguro.

- d) Fundamentos de hecho y/o motivos de la queja o reclamación y solicitud que se formula al C.D.A.
- e) Indicación de que el reclamante no tiene conocimiento que la queja o reclamación está siendo tramitada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- f) Fecha y firma del reclamante cuando se apersona a las oficinas del C.D.A, firma digital, conforme la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos, Ley 8454 o documento adjunto que compruebe la veracidad de la firma que consta en él.
- g) Aportar, junto con el escrito, la comunicación o resolución dada por la aseguradora sobre el reclamo correspondiente y las pruebas documentales que obren en poder del reclamante, relacionadas con el caso.
- h) Autorización debidamente firmada para solicitar información a la aseguradora sobre el caso planteado.

#### **Artículo 4.-Personas legitimadas para reclamar.**

Pueden presentar quejas o reclamaciones los tomadores, asegurados, o beneficiarios de productos de seguros ofrecidos y comercializados por las entidades aseguradoras afiliadas al C.D.A. mediante convenio con la AAP, así como el interesado en la suscripción de una póliza con alguna de las entidades indicadas, en concordancia con el Artículo 4 del Reglamento SUGESE 06-13.

#### **Artículo 5. -Cuestiones sometidas a conocimiento del C.D.A.**

El C.D.A. conocerá de las quejas y reclamaciones que presenten las personas físicas o jurídicas legitimadas y debidamente identificadas de acuerdo con el artículo 4.

Se entiende por 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.

Se entiende por Reclamación: 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.

#### **Artículo 6. -Admisión a trámite**

Recibida la queja o reclamación en el C.D.A. se acusará recibo por escrito o por los medios legales establecidos en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles contados a partir del momento de presentación de la queja o reclamación, especificando el trámite interno que se dará a su solicitud.

En el caso de que no se encontrase toda la información del formulario o falte algún requisito que en este reglamento se señale, se emplazará al reclamante mediante resolución motivada para que en el plazo de tres (3) días hábiles presente las alegaciones oportunas, durante los cuales quedará suspendido el plazo de treinta (30) días naturales que tiene el C.D.A. para resolver. En dicha resolución se advertirá que, en caso de no recibir contestación en tiempo y forma, se archivará la queja o reclamación sin más trámite. Esto sin perjuicio de poder presentar nuevamente su petición dentro del plazo que la ley faculta para ejercer su derecho, cumpliendo con la totalidad de requisitos señalados.

No se admitirán las quejas y reclamaciones cuando concurra alguno de los supuestos siguientes:

- a) Cuando respecto a los mismos hechos, las mismas partes y las mismas pretensiones se esté sustanciando causa administrativa, civil o penal ante la jurisdicción ordinaria, ante una instancia administrativa o mediante arbitraje. Si se presenta recurso o se ejercita acción ante los órganos judiciales, administrativos o arbitrales, se procederá al archivo inmediato de la queja o reclamación.
- b) Cuando se pretendan tramitar como queja o reclamación, recursos o acciones cuyo conocimiento sea competencia de los órganos administrativos, arbitrales o judiciales, o la misma se encuentre pendiente de resolución o litigio o el asunto haya sido ya resuelto en aquellas instancias.
- c) Cuando los hechos, razones y solicitud en que se concreten las cuestiones objeto de la queja o reclamación no se refieran a contratos de las entidades aseguradoras o relacionadas con éstas.
- d) Cuando se formulen quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores resueltas, presentadas por el mismo cliente en relación a los mismos hechos.
- e) Cuando medie un finiquito relacionado con el reclamo presentado.



Cuando se incurra en alguno de los supuestos de inadmisión detallados anteriormente, se pondrá de manifiesto por escrito al cliente, brindándole un plazo de tres (3) días hábiles para que presente sus alegaciones, durante los cuales quedan suspendidos los plazos que tiene el C.D.A. para resolver, advirtiéndole que, en caso de no recibir contestación en tiempo y forma, se archivará la queja o reclamación sin más trámite. Para el caso de que el interesado hubiera contestado y se mantuvieran las causas de inadmisión, se le comunicará la decisión final adoptada.

#### **Artículo 7. -Tramitación interna**

Recibida la queja o la reclamación correspondiente se dará traslado por tres (3) días hábiles a la aseguradora para que ésta verifique la legitimación del reclamante, existencia del contrato de seguro y del reclamo correspondiente o el registro del acto que motiva la inconformidad. Dentro del mismo plazo, la aseguradora enviará el expediente físico o digital sujeto de análisis o copia certificada del mismo ante la autorización dada por el asegurado, certificando con la sola remisión que el expediente está completo e incluye toda la documentación de soporte relevante para la solución del caso.

En caso de que la queja o reclamación derive de seguros autoexpedibles de conformidad a la definición contemplada en el Acuerdo SUGESE 11-20, el plazo descrito anteriormente será de un (1) día hábil, de lo cual se informará en el documento de traslado de expediente a la compañía de seguros.

En caso de que la compañía aseguradora omita el requerimiento presentado, se resolverá por escrito sobre la falta cometida por ésta al reclamante, haciendo constar el incumplimiento. De igual forma, se comunicará por escrito a la Gerencia de la Aseguradora que corresponda la falta de cumplimiento con copia a la Superintendencia General de Seguros (SUGESE).

El C.D.A. podrá recabar en el curso de la tramitación de los expedientes, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren pertinentes para adoptar su decisión de los distintos departamentos y servicios de las entidades aseguradoras.

El C.D.A. procederá al archivo del expediente si mediare acuerdo entre las partes relacionadas a la queja o reclamación durante cualquier etapa del procedimiento.

### **Artículo 8. - Protección y uso del expediente:**

El C.D.A. tendrá uso exclusivo del expediente para el análisis y resolución de la queja o reclamación presentada, así como para la elaboración de informes que la ley así establece, no mediando autorización para trasladarlo o compartirlo con ningún particular, en razón del artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, artículo 21 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley de Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales, Ley 8968. De igual manera, por tratarse de información propia del negocio, el C.D.A. no podrá mostrar, entregar, fotocopiar, o de cualquier manera poner a disposición el expediente con el denunciante, representantes, o asesores, debiendo dar tratamiento confidencial a la totalidad de la información, documentación, informes y otras piezas del expediente del reclamo. Emitida la resolución final, el C.D.A. deberá devolver en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles la totalidad del expediente físico o copias certificadas remitidas a la entidad aseguradora, mediante el medio por el cual se dio el traspaso inicial, sin que esto le exima del deber de confidencialidad sobre la información a la cual tuvo conocimiento.

### **Artículo 9. -Finalización y notificación**

El análisis de la denuncia finalizará en el plazo máximo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el C.D.A., a los que se adicionarán los días en los que el trámite haya quedado en suspenso para subsanación de errores en la presentación de la denuncia prevista en el artículo 6 de este Reglamento. En el caso de los seguros autoexpedibles el plazo máximo de análisis será de diez (10) días hábiles.

La resolución que emita el C.D.A. en relación con la denuncia será motivada y contendrá conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la queja o reclamación, fundándose en las cláusulas contractuales, en la normativa de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador, según proceda.

Se notificará la resolución a los interesados en un plazo máximo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el C.D.A., la cual se remitirá al medio de notificaciones señalado por el reclamante. En el caso de los seguros autoexpedibles se notificará la resolución en un plazo máximo de diez (10) días hábiles.

Las entidades aseguradoras afiliadas a la A.A.P. que utilicen los servicios del C.D.A., deberán registrar los nombres de las personas y las direcciones de correo electrónico que se usarán para recibir notificaciones relacionadas con procesos iniciados ante el C.D.A. y mantenerlas actualizadas para la recepción de la información correspondiente..

## **Artículo 10. - Resolución de quejas y reclamaciones**

El C.D.A. deberá resolver todas las quejas o reclamaciones que sean debidamente admitidas, bajo las siguientes posibilidades:

a) Recomendación a la compañía aseguradora, bajo justificación motivada para reabrir el caso. En este caso el C.D.A. enviará dicha resolución a la compañía aseguradora para que esta se manifieste en los tres (3) días hábiles posteriores a la notificación, con el fin de tomarlo en consideración para la resolución final que se le entregará al denunciante

siempre dentro del plazo de los 30 días. Para el caso de los seguros autoexpedibles la aseguradora tendrá un (1) día hábil para manifestarse respecto a la resolución enviada.

b) Ratificación de la resolución motivada de la compañía aseguradora.

c) Archivo de expediente bajo los criterios establecidos en los artículos 6 y 7 del presente reglamento.

d) Desistimiento de la reclamación o queja por parte del consumidor de seguros.

Bajo el criterio de autorregulación la compañía aseguradora decidirá si la resolución del C.D.A. es vinculante, quedando a criterio de la Gerencia General los efectos de las resoluciones emitidas. Asimismo, constará en el Reglamento Interno de cada una de las compañías afiliadas al C.D.A. parámetros para definir los alcances de las resoluciones que resulten favorables al reclamante al darse la recomendación para abrir el caso analizado, entendiéndose por esto una resolución motivada y escrita de las razones por las cuales se adopta esta resolución.

### **Artículo 11. -Informes Trimestrales**

EL C.D.A. realizará informes trimestrales separados para cada compañía aseguradora, debiendo entregarlos, en un plazo máximo de ocho (8) días hábiles a partir de terminado el trimestre respectivo, a las compañías aseguradoras con el fin de que éstas los presenten a la SUGESE de conformidad con el artículo 16 del Reglamento para la Defensa y Protección del Consumidor de Seguros, SUGESE 06-13. En dichos informes se debe incluir:

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.

**Artículo 12.-Archivo de expedientes:**

Corresponderá el archivo del expediente siguiendo las siguientes clasificaciones:

- a) Compañía de seguros.
- b) Tipo de contrato de seguros.
- c) Agrupación trimestral de expedientes que hayan terminado con recomendaciones a la compañía aseguradora.
- d) Agrupación trimestral de expedientes que hayan terminado con informe desfavorable para el consumidor.
- e) Agrupación trimestral de reclamaciones archivadas.
- f) Agrupación trimestral de reclamaciones desistidas.

**Artículo 13.-Funcionamiento:**

En virtud que el C.D.A. prestará sus servicios a las distintas compañías aseguradoras miembros de la AAP y que tengan una relación contractual con el C.D.A., debe en su funcionamiento garantizar completa confidencialidad y manejo independiente de todas las denuncias que atienda de cualquiera de dichas entidades. En consecuencia, el C.D.A. bajo ningún supuesto podrá informar a la Junta Directiva de la AAP, a sus entidades miembros no denunciadas, o a cualquier tercero, sobre los términos, resolución, o cualquier aspecto relativo a una denuncia específica contra una entidad aseguradora contratante, o sobre el volumen o número de denuncias contra una entidad determinada.

#### **Artículo 14.-Modificaciones:**

El presente reglamento interno podrá ser modificado por acuerdo en firme de la Junta Directiva de la AAP.