

Sección “B”



Comisión Nacional de Bancos y Seguros

CERTIFICACIÓN

La infrascrita Secretaria General de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros CERTIFICA la parte conducente del Acta de la Sesión No.978 celebrada en Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central el diecinueve de noviembre de dos mil catorce, con la asistencia de los Comisionados ETHEL DERAS ENAMORADO, Presidenta; JOSÉ ADONIS LAVAIRES FUENTES, Comisionado Propietario; ROBERTO CARLOS SALINAS, Comisionado Propietario; MAURA JAQUELINE PORTILLO G., Secretaria General; que dice:

“... **5. Asuntos de la Gerencia de Estudios:** ... literal d) ... **RESOLUCIÓN GE No.1544/19-11-2014.**- La Comisión Nacional de Bancos y Seguros,

CONSIDERANDO (1): Que de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 13 numeral 2) de la Ley de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, corresponde a este Ente Supervisor dictar las normas prudenciales que se requieran para la revisión, verificación, control, vigilancia y fiscalización de las Instituciones Supervisadas, para lo cual se basará en la legislación vigente y en los acuerdos y prácticas internacionales.

CONSIDERANDO (2): Que el Artículo 110 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros establece que las instituciones sujetas a dicha ley deberán emplear la diligencia debida en la prestación de sus servicios a sus clientes, requiriendo esta práctica la obligación de proporcionar información oportuna, completa y relevante a los tomadores de seguros, tanto antes de firmar la póliza de seguro como después; exigiendo un trato justo, prestando atención a las necesidades de información de los tomadores, actuando de manera competente con respecto a todas sus transacciones, debiendo evaluar las necesidades individuales del asegurado a fin de informar al tomador o usuario cuál es la cobertura de seguros que éste requiera.

CONSIDERANDO (3): Que la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, mediante Resolución GE No.1768/12-11-

2012, aprobó las Normas para el Fortalecimiento de la Transparencia, la Cultura Financiera y Atención al Usuario Financiero en las Instituciones Supervisadas, las cuales tienen por objeto establecer lineamientos generales para la transparencia financiera, promoción de la cultura financiera y atención de las reclamaciones, quejas o consultas que los usuarios financieros realicen en las instituciones supervisadas.

CONSIDERANDO (4): Que es necesario que las instituciones de seguros fortalezcan sus sistemas de atención al usuario financiero, para asegurar el mantenimiento de información veraz, oportuna, adecuada y suficiente sobre los productos y servicios comercializados, esclarecer las inquietudes y atender las solicitudes dentro de plazos razonables establecidos, a fin de fortalecer la confianza del público en general respecto al mercado asegurador.

CONSIDERANDO (5): Que en cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución GE No.1769/12-11-2012, mediante la cual se aprobaron las “Normas Complementarias para el Fortalecimiento de la Transparencia, la Cultura Financiera y Atención al Usuario Financiero”, la cual en su Artículo 43 establece que la Comisión emitirá las Normas Complementarias específicas que regule la transparencia de información y la atención de los usuarios en el ámbito de las instituciones de seguros, que comprenda disposiciones especiales sobre esta materia.

CONSIDERANDO (6): Que en atención al Considerando precedente la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, mediante Resolución GE No. 1189/ 27-08-2014 de fecha 27 de agosto de 2014 y publicada en el Diario Oficial La Gaceta con fecha 12 de septiembre de 2014, aprobaron las “Normas Complementarias para el Fortalecimiento de la Transparencia, la Cultura Financiera y Atención al Usuario Financiero de las Instituciones de Seguros”, con el objeto de establecer disposiciones complementarias en relación a la transparencia de la información, específicamente en la difusión de publicidad, comisiones, primas de seguros y contratos de seguros que deberán observar en atención a la eficiencia y calidad de servicio al usuario financiero de las instituciones de seguros.

POR TANTO: Con fundamento en lo establecido en los artículos 245 atribución 31 de la Constitución de la República, 1 literal c), 6, 13 numerales 1), 2), 4) y 15) de la Ley de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros; 1 numeral 1), 4, 5, 84, 86, 89,

93, 107, 108, 109, 110, 111 y 112 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, 2 de la Ley de Protección al Consumidor, y en las Resoluciones GE No. 1768/12-11-2012; No.1769/12-11-2012; y No.1189/27-08-2014,

RESUELVE:

1. Reformar las Normas Complementarias para el Fortalecimiento de la Transparencia, la Cultura Financiera y Atención al Usuario Financiero de las Instituciones de Seguros, en los términos siguientes:

NORMAS COMPLEMENTARIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA TRANSPARENCIA, LA CULTURA FINANCIERA Y ATENCIÓN AL USUARIO FINANCIERO DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. OBJETO Y ALCANCE

Las instituciones de seguros estarán sujetas a las presentes Normas, que tienen por objeto establecer las disposiciones complementarias en relación a la transparencia de la información, específicamente en materia de difusión de publicidad, comisiones, primas de seguros y contratos de seguros que deberán observar en atención a la eficiencia y calidad de servicio al usuario financiero de las instituciones de seguros.

Artículo 2. DEFINICIONES

Para efectos de las presentes Normas, se entenderá por:

1. **Agravación del riesgo:** Situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad superior al inicialmente contratado.
2. **Alta Gerencia:** Es el Presidente Ejecutivo, Director Ejecutivo, Gerente General o su equivalente, responsable de ejecutar las disposiciones del Consejo o Junta u órgano que haga sus veces.
3. **Asegurado:** Es la persona que en sí misma o en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo, denominado también suscriptor de la póliza, tomador del seguro o contratante.
4. **Comisión o CNBS:** Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

5. **Beneficiario:** Persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.
6. **Certificado de Seguro:** Documento por el que un asegurador da fe de la existencia de ciertas coberturas sobre un determinado objeto o persona.
7. **Contratante:** Persona natural o jurídica que suscribe con una institución de seguros una póliza o contrato de seguro.
8. **Contratante y/o Asegurado Potencial:** Persona natural o jurídica, a quién la institución de seguros o corredor de seguros le ofrecen el seguro, a través de sus diferentes canales de comercialización.
9. **Contrato de Seguro:** Convenio por el cual la institución de seguros se compromete a pagar a cambio de una prima, una indemnización para atender la necesidad económica provocada por la realización del riesgo.
10. **Ley:** Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.
11. **Órgano de Administración:** Incluye Consejo de Administración o Junta Directiva.
12. **Órgano de Dirección:** Incluye la Alta Gerencia, Gerentes de Área, y los diferentes Comités conformados por la Institución.
13. **Reclamo de seguros:** Solicitud hecha por una persona para el pago por parte de una institución de seguros por una pérdida que esté cubierta por la póliza de seguro.
14. **Usuario Financiero de las Instituciones de Seguros o Usuario Financiero:** Persona natural o jurídica consideradas como tomadores, suscriptores, contratantes, asegurados o beneficiarios de seguros.

CAPÍTULO II SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO FINANCIERO DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS

Artículo 3. SISTEMA DE ATENCIÓN

Las instituciones de seguros deben contar con un adecuado sistema de atención al usuario financiero, observando las disposiciones legales vigentes que genere obligaciones respecto a brindar un servicio de eficiencia y calidad de servicio al usuario financiero de seguros.

Artículo 4. DEL OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO FINANCIERO

El Oficial de Atención al Usuario Financiero de las instituciones de seguros es el funcionario encargado de velar por la implementación y cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos por la institución de seguros, así como por el cumplimiento de la normativa que emita la Comisión, y que sustenten el sistema de atención al usuario financiero, incluido lo relacionado a las presentes Normas.

Dicho Oficial deberá coordinar con la Alta Gerencia los mecanismos y acciones que deberán implementarse para el adecuado funcionamiento del sistema de atención al usuario financiero de seguros.

Las instituciones de seguros deberán comunicar a la Comisión el nombramiento del Oficial de Atención al Usuario Financiero, en un plazo de cinco (5) días hábiles después de la fecha de su designación, adjuntando la certificación del punto de acta donde fue nombrado.

Artículo 5. PLAN ANUAL DE TRABAJO

El Oficial de Atención al Usuario Financiero de las instituciones de seguros, para el debido cumplimiento de sus responsabilidades y la presentación del informe anual, deberá elaborar un Plan Anual de Trabajo que será puesto en consideración previa del Órgano de Administración, y aprobado por éste antes del 31 de diciembre de cada año. Una copia del referido Plan Anual deberá estar a disposición de la Comisión.

El informe anual del sistema de atención al usuario financiero deberá ser presentado a la Comisión a más tardar el treinta y uno (31) de enero de cada año, adjuntando la certificación del punto de acta donde fue aprobado por el Órgano de Administración. El informe anual deberá contener como mínimo lo siguiente:

1. Información estadística relativa a las verificaciones y revisiones efectuadas por el Oficial de Atención al Usuario Financiero, así como una descripción de la metodología utilizada en dicha revisión;
2. Actividades a implementar o para mejorar la atención del usuario financiero de las instituciones de seguros, incluyendo el cronograma de su ejecución;
3. Políticas, procedimientos y herramientas a desarrollar en el año;
4. Actividades especiales a desarrollar en áreas específicas;

5. Actividades de capacitación para todo el personal de la institución; y,
6. Revisión y actualización de políticas y procedimientos.

CAPÍTULO III TRANSPARENCIA Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

Artículo 6. TRANSPARENCIA

Las instituciones de seguros deberán proporcionar a los usuarios financieros información clara, suficiente, concreta y oportuna que les permita conocer los costos, derechos y obligaciones que involucran tanto la suscripción de un contrato de seguros, como la indemnización del reclamo, indicándose las recomendaciones para la buena administración y manejo de los mismos, así como información sobre las posibles consecuencias por su mal uso.

En todos los casos, las instituciones de seguros deberán actuar con la diligencia debida, de tal forma que los tomadores y/o asegurados, según corresponda; conozcan la información relevante, tanto antes de firmar la póliza de seguros como después, para cerciorarse que ha sido informado de la cobertura de seguros contratada.

Artículo 7. DIFUSIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS DE SEGUROS

Las instituciones de seguros deberán brindar información actualizada, sobre los seguros y servicios que ofrecen, indicando en forma clara y detallada los ramos en que opera, los riesgos cubiertos, las exclusiones del seguro, cargos adicionales, obligaciones y/o garantías del asegurado, utilizando para ello lenguaje de fácil comprensión; asimismo, recomendaciones sobre la transparencia de la información brindada por parte del asegurado o tomador; sobre como la inobservancia de lo anterior podría afectar la cobertura del seguro contratado; así como el procedimiento para solicitar la indemnización del reclamo y otra información que se requiera.

Dicha información será difundida a través de las áreas de atención y servicio al público, página web, folletos, pizarras o mecanismos electrónicos, así como en la publicidad, o de otras que se estimen convenientes, de acuerdo a las que utilice la institución de seguros.

Independientemente del canal de comercialización para ofrecer el servicio, el personal encargado de ofertar el producto o servicio

al asegurado o tomador de seguros debe estar debidamente capacitado para brindar la información sobre los diferentes productos de seguros que ofrecen. La institución de seguros deberá cerciorarse que los intermediarios de seguros se mantengan actualizados con relación a los productos y servicios ofrecidos al público.

Artículo 8. INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB

A fin de que el público en general pueda tener información sobre los productos de seguros, las instituciones deberán difundir en su página web, como mínimo la siguiente información:

1. Información actualizada sobre los productos de seguros que ofrecen, clasificados por tipo de producto, precisando el canal por el que es ofrecido el mismo;
2. Información sobre el procedimiento para presentar la solicitud del seguro, incluyendo la información mínima que debe adjuntarse en caso de siniestro, de acuerdo al tipo de producto;
3. El vínculo con la página web de la Comisión, para poder comparar los productos y servicios ofrecidos por todas las instituciones de seguros;
4. Las distintas instancias ante las cuales pueden recurrir los usuarios financieros de seguros para presentar sus denuncias y/o reclamos, tales como la propia institución y ante la Comisión;
5. El vínculo con la página web de la Comisión que muestre el registro de los intermediarios de seguros autorizados; y,
6. Las preguntas más frecuentes que tengan los usuarios con sus respectivas respuestas.

Artículo 9. INFORMACIÓN A TRAVÉS DE FOLLETOS

Cuando se utilicen folletos, brochures o material escrito informativo para la difusión de productos y servicios de seguros, los mismos deberán contener información actualizada de las características del producto o servicio de seguros ofrecido.

Los folletos, brochures, o material escrito informativo deberán indicar dónde pueden obtener información adicional a la provista en los mismos.

Artículo 10. PUBLICIDAD DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

La publicidad que realicen las instituciones de seguros, deberá ajustarse a la realidad jurídica y económica del producto o servicio promocionado, evitando la publicidad comercial que pueda generar engaño, comparaciones falsas o una competencia desleal y a su vez, expresarse en forma auténtica, clara, veraz, precisa y sin omisiones relevantes, a efecto de no inducir al público a engaño, error o confusión sobre las características, precios y calidad de los productos o servicios de seguros ofrecidos.

Artículo 11. INTERVENCIÓN DE LA CNBS EN LA PUBLICIDAD

La Comisión podrá, por iniciativa propia o a petición de parte interesada, previa notificación a la institución de seguros, ordenar la suspensión, modificación o cancelación de la publicidad, cuando considere que ésta no se sujeta al marco legal y regulatorio vigente.

Las instituciones de seguros deberán proveer a la Comisión, cuando así lo requiera, un ejemplar de las diferentes publicidades y/o promociones que lleven a cabo, debiendo proceder a entregar las mismas dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al requerimiento. La información provista por la institución de seguros deberá ser en igual formato que el empleado en la publicidad y/o promoción. Sin embargo, no será necesario que la institución cuente con autorización previa de la Comisión, para el uso o empleo de su publicidad.

Artículo 12. DEL ESTADO DE CUENTA

Las instituciones de seguros que comercializan productos que incorporen componentes de ahorro o inversión, deberán indicar en los estados de cuenta las primas de seguros, las comisiones por concepto de administración del fondo, las cuales estarán debidamente sustentadas, además de la rentabilidad garantizada o estimada y la periodicidad del cobro o pago de dichos conceptos, según corresponda.

Artículo 13. DE LAS COMISIONES

La institución podrá proporcionar a solicitud del tomador de seguros la información relacionada a las comisiones que se pagarán a los intermediarios de seguros, por la labor de asesoría que se les brindará a los usuarios financieros de seguros durante toda la vigencia de la póliza.

Artículo 14. DE LA PRIMA DE COBRO

Las instituciones de seguros cobrarán sus primas de seguros de acuerdo a los principios establecidos en el Libro IV, Título II, Capítulo X del Código de Comercio, considerando las condiciones

de libre competencia en el mercado de seguros y las Normas emitidas por la Comisión. En las presentes Normas, se tomarán en cuenta los siguientes términos:

A) Prima Pura de Riesgo o Neta (PR):

Representa el costo esperado de la siniestralidad, y se calcula a partir de la probabilidad del siniestro, de la intensidad del riesgo, y del valor del objeto asegurado de conformidad con la Ley. Asimismo, la prima de riesgo que ofrezca la institución de seguros deberá ser la aprobada por la Comisión de acuerdo a la nota técnica del producto.

B) Prima Comercial o de Tarifa (PC):

Es el pago por la protección que otorga el seguro, compuesto por la prima de riesgo, los gastos de intermediación (comisiones), los gastos administrativos, el margen de utilidad, así como cualquier otro gasto relacionado con el seguro, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario. Los recargos antes mencionados, su forma de aplicación y sus límites serán los aprobados por la Comisión en la nota técnica del producto.

C) Costo de financiamiento (CF), o recargos financieros (RF):

Son los intereses que aplican las instituciones de seguros para financiar el pago de la prima en los casos en que su desembolso se realice fraccionalmente durante la vigencia del contrato, mediante el pago de cuotas periódicas. Se obtendrá a partir de la siguiente fórmula:

$$RF = \left(\sum_{i=1}^n C_i \right) - PC - I - GE$$

Dónde: C_i : i -ésima cuota periódica

I: Impuestos y demás carga impositiva

PC: Prima comercial

GE: Gastos de emisión

n: número de desembolsos/pagos en un año natural.

D) Prima Anual Total de Seguros (PATS):

Es la prima comercial más los gastos de emisión, pago de impuestos de la prima, y corresponde al monto a pagar efectivamente por el asegurado en concepto del seguro. No podrá cobrarse al tomador del seguro, asegurado o beneficiario ningún otro cargo asociado

a los seguros, distintos de las primas que resulten de la contratación.

No aplicará comisión en la contratación de seguros o fianzas del Estado, para los agentes dependientes e independientes y corredores de seguros.

$$PATS = PC + GE + I$$

Para el caso de pólizas nuevas, renovaciones y traslados, las instituciones de seguros deberán documentar debidamente en el expediente del usuario, los recargos adicionales que se incluyan en la Prima Anual Total de Seguros (PATS), como ser recargos por siniestralidad, ocupación, así como bonificaciones por no siniestralidad, devolución de excedentes, entre otros.

Para las pólizas con componente de inversión, no se incluirá en la Prima Anual Total de Seguros (PATS), la prima de ahorro, es decir aquella destinada a cubrir la posibilidad de supervivencia del asegurado al producirse el vencimiento del contrato.

Cuando la vigencia del seguro sea menor a un (1) año, se utilizarán los valores que el asegurado efectivamente pagará por la cobertura brindada durante el tiempo contratado.

En los casos que la vigencia del seguro sea mayor a un (1) año, se informarán las primas que correspondan a un (1) año calendario, y también deberá informarse la proporción de la prima correspondiente al período posterior al año.

Artículo 15. INFORMACIÓN A DIVULGAR

Es obligación de las instituciones de seguros proporcionar al tomador de seguros, una vez suscrito, una copia íntegra del contrato de seguro así como el recibo de pago, y es derecho del tomador solicitar la entrega de dichos documentos. Las instituciones de seguros deberán incluir en la póliza y recibo de pago que emitan a favor del tomador de seguros, la siguiente información:

- 1) La prima comercial o de tarifa (conforme la nota técnica aprobada por la Comisión);
- 2) Gastos de emisión;
- 3) El Impuesto; y,
- 4) La prima anual total de seguros (PATS).

En el Anexo No. 1 se establecen dos (2) ejemplos de cómo debería calcularse la información referente al presente Artículo.

Artículo 16. DEBER DE INFORMAR A LOS CONTRATANTES O ASEGURADOS POTENCIALES

En la etapa previa a la contratación y para efectos de la formalización del contrato de seguros, las instituciones de seguros deberán asesorar a los contratantes o asegurados potenciales, con toda la información vinculada al producto de seguros ofertado, y deberán evaluar las necesidades individuales del asegurado para determinar las coberturas necesarias, para informar al asegurado sobre la protección adecuada de los riesgos.

Las instituciones de seguros deberán mantener canales de comunicación disponibles con la finalidad de resolver las consultas de los usuarios financieros de seguros, respecto de las coberturas contratadas y brindar una atención adecuada en caso de siniestros.

Las instituciones deberán asesorar a los contratantes o asegurados potenciales sobre el derecho que tienen a designar un intermediario de seguros, quien se encontrará facultado para realizar en su representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses, pudiendo ser revocada en cualquier momento, a través de los mismos mecanismos utilizados para su designación.

Las instituciones de seguros y/o intermediarios, deberán asesorar al tomador de seguros durante la vigencia del contrato, resaltando la función que cumplirán ante la ocurrencia de un siniestro.

Artículo 17. REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL RIESGO

Las instituciones de seguros y/o intermediarios, deberán hacer del conocimiento del tomador de seguros la importancia de informar fidedignamente lo requerido en las declaraciones de las condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos; resaltando que, en caso no se complete dicha información, la cobertura contratada podría quedar excluida según las condiciones del contrato de seguros. Dicho requerimiento debe constar expresamente en los formularios que para tales efectos se entregue a los usuarios financieros de seguros.

Si la institución de seguros no exige al asegurado las referidas declaraciones, como requisito para la contratación del seguro, no podrá considerar como causal de exclusión ni rechazar el siniestro aduciendo la falta de dicha información.

De igual manera, en el caso de seguros de bienes, las instituciones de seguros y/o intermediarios, deberán realizar una evaluación al bien expuesto al riesgo, debiendo solicitar la información que permita identificar las posibilidades de su afectación y calcular en base a ello la prima comercial, informando sobre el particular al contratante y/o asegurado potencial del seguro. En caso que no se cuente con la información o la institución no la solicite, no podrá considerar como causal de exclusión ni rechazar el siniestro aduciendo la falta de dicha información.

Artículo 18. COMUNICACIÓN DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las instituciones de seguros y/o intermediarios deberán hacer del conocimiento del tomador de seguros sobre la obligación que tendrá éste último de informar a la institución de seguros, detallando el procedimiento para comunicar las circunstancias que agraven el riesgo, precisando los plazos que se deberá observar para tal fin, y las consecuencias sobre la falta de esta comunicación. Dicho requerimiento debe constar expresamente en el condicionado general o particular de la póliza y la forma en que debe efectuarse la comunicación correspondiente a las instituciones, considerando que es un requisito indispensable para mantener la cobertura del riesgo.

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

**CAPÍTULO IV
DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS****Artículo 19. DETERMINACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS**

Las instituciones de seguros, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 84 de la Ley, deberán presentar y poner a disposición de la Comisión, los modelos de las pólizas, condiciones del contrato, bases técnicas y tarifas o primas de seguro o fianza, antes de su utilización, para que la Comisión formule las observaciones u objeciones que estime pertinentes, dentro del plazo de treinta (30) días hábiles, posteriores a la presentación.

En ningún caso las instituciones de seguros podrán cobrar a los contratantes o asegurados, primas de seguro u otros costos

adicionales por conceptos no informados previamente a la Comisión, relacionados con el seguro contratado.

Artículo 20. REDACCIÓN DE LAS CONDICIONES DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS

Las instituciones de seguros, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 86 de la Ley, deberán redactar las condiciones de las pólizas de seguros, en idioma español de fácil comprensión para el asegurado, estableciéndose en forma clara y precisa los derechos y obligaciones de cada parte y en especial que sean de fácil comprensión para el asegurado.

Asimismo, en todos los formatos pre-impresos que las instituciones de seguros utilicen en sus productos de seguros, los caracteres tipográficos deberán ser fácilmente legibles.

Para todas las pólizas que emita la institución de seguros, las coberturas básicas y los riesgos no cubiertos por el contrato deberán consignarse en forma secuencial destacada, en tamaño de letra doce (12) puntos y en negrita. La aplicación de esta disposición tendrá un plazo máximo de ocho (8) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de las presentes Normas.

Artículo 21. MODELOS DE PÓLIZAS Y NOTAS TÉCNICAS

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 89 de la Ley, las instituciones de seguros deben mantener en resguardo y actualizados los modelos de las pólizas, contratos, bases técnicas, tarifas o primas que usen en sus operaciones, para efectos de brindar una adecuada información a los usuarios y público en general sobre los productos que ofrecen. Dichos modelos de pólizas, contratos, bases técnicas, y demás información relacionada deberán estar siempre a disposición de la Comisión.

Artículo 22. PRÁCTICAS ABUSIVAS

Queda prohibido a las instituciones de seguros realizar las siguientes prácticas abusivas:

1. Solicitar, obligar o permitir al tomador de seguros firmar en blanco, en todo o en parte, cualquier documento, contrato o título valor que constituya obligación para éste;
2. Divulgar información o ejercer cualquier otra acción que desprestigie al usuario financiero de seguros a causa de las acciones que realice en ejercicio de sus derechos;
3. Compensar el pago de la prima con valores a favor que tenga el tomador de seguros en la institución, cuando dicha situación no haya sido convenida;
4. Sin previo aviso, cobrar al tomador de seguros por la prestación de servicios, que de conformidad a la práctica general o políticas de la institución de seguros, deben ser brindados sin costo alguno, por parte de las instituciones de seguros;
5. No actualizar los diferentes aranceles de servicios utilizados por las instituciones de seguros;
6. Impedir o negar al tomador de seguros la realización de pagos o abonos a la deuda que tenga con la institución de seguros;
7. Utilizar las garantías proporcionadas por el tomador de seguros para un contrato diferente al pactado o convenido previamente;
8. Incurrir en situaciones que deriven en conflictos de interés entre los usuarios e instituciones del mismo grupo financiero, de tal forma que se anteponga los propios intereses de ambas o una de dichas instituciones del grupo financiero, ante los intereses de los tomadores de seguro;
9. Cuando se presenten casos debidamente justificados, y que sean determinados por la Comisión.

Las instituciones de seguros que realicen cualquiera de las prácticas abusivas, descritas en el presente Artículo, estarán sujetas a las sanciones que correspondan de conformidad con el marco legal y normativo aplicable.

Artículo 23. CLÁUSULAS ABUSIVAS

Para efectos de las presentes Normas, se tendrán por no convenidas las cláusulas abusivas que:

1. Restrinjan los derechos de los tomadores de seguros o amplíen los derechos de las instituciones de seguros.
2. Desnaturalicen las obligaciones o limiten la responsabilidad por daños.
3. Contengan cualquier disposición que imponga la inversión de la carga de la prueba en perjuicio del usuario financiero de seguros.
4. Confieran a la institución de seguros el derecho exclusivo de interpretar el significado, alcance y cumplimiento de las cláusulas contractuales y de las indemnizaciones respectivas.
5. Otorguen a la institución de seguros la facultad de modificar unilateralmente el contrato de seguros durante

el lapso de su vigencia, cuando ello no esté previsto contractualmente, o cuando lo sea, la misma implique una modificación sustancial en las condiciones contractuales.

6. Impongan al usuario financiero de seguros un determinado proveedor de bienes o servicios remunerados, sin darle libertad para elegir.
7. Impongan la obligatoriedad de la cancelación del contrato, sin la previa notificación al asegurado.

Cuando exista duda sobre la interpretación del contrato por haber sido redactado en forma ambigua, se realizará la interpretación en el sentido más favorable para el usuario financiero de seguros.

Artículo 24. PROCEDIMIENTO PARA MODIFICAR LAS PÓLIZAS DE SEGUROS

Antes de su implementación, las instituciones de seguros deberán presentar y poner a disposición de la Comisión las modificaciones a las condiciones del contrato, para que ésta, dentro del plazo de treinta (30) días hábiles formule las observaciones u objeciones que estime pertinentes. Una vez transcurrido el plazo anterior y que la Comisión haya formulado sus observaciones u objeciones, dichas instituciones procederán a comunicar las modificaciones a la póliza de seguros al tomador de seguros a través de los medios que se considere oportuno, dejando evidencia de la forma de comunicar dichas modificaciones.

En dicha comunicación, la institución de seguros deberá resaltar las modificaciones a los contratos de seguros en caracteres destacados, para que el tomador de seguros pueda manifestar expresamente su rechazo o no a la propuesta, para lo cual tendrá un plazo de quince (15) días hábiles previos a la entrada en vigencia de la modificación. De no manifestarse el tomador de seguros en el plazo antes indicado se entenderá que acepta las modificaciones propuestas por la institución.

Artículo 25. CANCELACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA DE SEGUROS

De conformidad al Artículo 112 de la Ley y 48 de la Ley de Protección al Consumidor, el tomador de seguros podrá solicitar a la institución la cancelación de la póliza de seguros, siempre que haya cumplido previamente con el pago de las primas devengadas a la fecha de la solicitud; dicha facultad, podrá ser ejercida utilizando la misma forma, lugar y medios a través de los cuales se realizó la contratación. Cuando el tomador de seguros haya pagado una prima por un período mayor, al momento de la solicitud de recisión, la institución deberá calcular el importe a devolver al usuario.

La institución tendrá un plazo de diez (10) días hábiles como máximo para atender la solicitud presentada por el tomador de seguros.

CAPÍTULO V DISPOSICIONES APLICABLES A LA OCURRENCIA DE SINIESTROS

Artículo 26. INFORMES DE LOS AJUSTADORES Y LIQUIDADORES DE RECLAMOS

La carta de asignación del ajuste suscrita entre la institución de seguros y los ajustadores y liquidadores de reclamos deberá considerar el plazo y condiciones para la entrega del informe correspondiente. El referido informe debe estar a disposición de las partes, en caso de litigios, arbitrajes y otras que por disposiciones legales se requiera.

Artículo 27. RECHAZO DE PAGO DE SINIESTROS

El rechazo de un siniestro debe ser fundamentado por la institución de seguros, constatando el mismo en el expediente. Deberá incluirse los informes técnicos emitidos, ya sea por la institución o por los ajustadores y liquidadores de reclamos y demás documentos que sustenten la decisión adoptada por la institución. Dichos expedientes deberán encontrarse a disposición de la Comisión.

Las instituciones deberán informar detalladamente, mediante comunicación escrita enviada al tomador de seguros y/o intermediario de seguros; indicando los motivos que sustentan el rechazo del siniestro. Dicha comunicación deberá estar suscrita por el responsable del área encargada de evaluar los siniestros o por el o los funcionario(s) designado(s) por la Alta Gerencia, según las políticas de cada institución. Los informes elaborados por los ajustadores y liquidadores de reclamos, deben ser puestos a disposición de los usuarios financieros y/o intermediarios de seguros, en caso de litigios, arbitrajes y otras que por disposiciones legales se requiera.

En el caso que la comunicación de rechazo del siniestro sea enviada a través del intermediario de seguros designado por el asegurado, éste deberá entregarla al usuario financiero de seguros, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles, después de recibida. El intermediario deberá brindar la asesoría que resulte necesaria. Si la institución remite la comunicación directamente al usuario financiero de seguros, debe enviar además, una copia al intermediario, a efectos de que éste cumpla con su obligación de asesoramiento.

Artículo 28. RECHAZO DE PAGO DE SINIESTROS POR PRE-EXISTENCIA

En el caso de seguros de vida y médico hospitalario, si la institución de seguros determina que existen afectaciones o dolencias a la salud que no fueron informadas por el tomador de seguros a través de la declaración señalada en el Artículo 17 de las presentes Normas, y que ameritan declarar su pre-existencia con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización.

Para lo anterior, la institución deberá contar con documentos certificados o pruebas fehacientes que acrediten la presencia de la citada afectación o dolencia con anterioridad a la suscripción del contrato de seguros. Dicha situación deberá ser comunicada al usuario financiero y/o intermediario de seguros, de acuerdo a lo descrito en el artículo anterior.

En el caso que el tomador de seguros no estuviese conforme con los fundamentos técnicos y legales que la institución de seguros utilizó para sustentar el rechazo de la indemnización del siniestro, dicho usuario podrá recurrir al procedimiento establecido en las Normas Para el Fortalecimiento de la Transparencia, la Cultura Financiera y Atención al Usuario Financiero en las Instituciones Supervisadas, para interponer el reclamo correspondiente.

CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

Artículo 29. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE RECHAZO DE LOS SINIESTROS

A partir del 31 de diciembre de 2014, la Comisión publicará trimestralmente en el Boletín Estadístico y Financiero del Sistema Asegurador, de acuerdo a la información reportada mensualmente a la Comisión a través de la Central de Información del Sistema Asegurador (CISA), la estadística relativa al pago y rechazos de los siniestros que realicen las instituciones de seguros.

Las instituciones de seguros deberán establecer en su página web el vínculo con la sección de la página web de la Comisión que publica la información mencionada en el párrafo anterior.

Artículo 30. REMISIÓN DE INFORMACIÓN Y PLAZO DE ADECUACIÓN

El órgano de administración de las instituciones de seguros deberá aprobar un plan de adecuación para la implementación de las presentes Normas. Dicho plan deberá ser remitido a la Comisión dentro de un plazo no mayor de cuarenta (40) días hábiles a la entrada en vigencia de las presentes Normas. La

Comisión podrá realizar las observaciones que estime necesarias al plan de adecuación, dentro de un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente a su recepción.

Las instituciones de seguros contarán con ocho (8) meses, a partir de la entrada en vigencia de las presentes Normas, para adecuarse a las mismas. Las actividades contempladas en dicho plan no deberán exceder dicho plazo.

Artículo 31. APLICACIÓN DE SANCIONES

La determinación y aplicación de sanciones por incumplimiento a las disposiciones establecidas en las presentes Normas, se realizará de conformidad a lo establecido en la legislación y régimen de sanciones vigente.

Artículo 32. CASOS NO PREVISTOS

La Comisión mediante Resolución, resolverá los casos no previstos, conforme a lo establecido en la legislación aplicable, mejores prácticas y estándares internacionales.

Artículo 33. DEROGATORIA

A partir de la entrada en vigencia de las presentes Normas quedará sin valor y efecto la Resolución GE No.1189/27-08-2014 de fecha 27 de agosto de 2014 y publicada en el Diario Oficial La Gaceta con fecha 12 de septiembre de 2014.

Artículo 34. VIGENCIA

Las presentes Normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial La Gaceta.

2. Comunicar la presente Resolución a las Instituciones de Seguros, Agentes Independientes o Corredores de Seguros.
3. La presente Resolución es de ejecución inmediata y deberá ser publicada en el Diario Oficial La Gaceta. ... Queda aprobada por unanimidad. ... **F) ETHEL DERAS ENAMORADO**, Presidenta; **JOSÉ ADONIS LAVAIRE FUENTES**, Comisionado Propietario; **ROBERTO CARLOS SALINAS**, Comisionado Propietario; **MAURA JAQUELINE PORTILLO G.**, Secretaria General".

Y para los fines correspondientes se extiende la presente en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los doce días del mes de diciembre de dos mil catorce.

MAURA JAQUELINE PORTILLO G.
SECRETARIA GENERAL

29 D. 2014

*Comisión Nacional de Bancos y Seguros**Gerencia de Estudios*

**ANEXO No. 1
EJEMPLOS DEL CÁLCULO DEL PATS**

Seguro Temporal 1 año

Seguro contra incendios

Prima por millar: 5.0

Suma
Asegurada: L.3,000,000.00

Prima Comercial L. 15,000.00

Impuestos: L. 2,250.00

Gastos de
Emisión: L. 300.00

PATS L. 17,550.00

Cálculo del PATS

PATS = Prima Comercial + Impuestos + Gastos de Emisión

PATS = 15,000 + 2,250 + 300 = 17,550

Se informaría:

Prima Comercial: L. 15,000.00

Gastos de emisión: L. 2,250.00

Impuestos: L. 300.00

Prima Anual Total de Seguro L. 17,550.00



*Comisión Nacional de Bancos y Seguros**Gerencia de Estudios*Seguro Temporal 5 años

TIPO DE SEGURO: TEMPORAL DE VIDA INDIVIDUAL A 5 AÑOS

COBERTURA: PAGO DE SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Prima por millar: 4.9 Edad del Asegurado: 40 años

Suma Asegurada: L. 1,000,000.00

Prima Comercial L. 4,900.00

Impuestos: L. 0.00

Gastos de Emisión: L. 500.00

Se deberá calcular el PATS para el primer año póliza. Por Prorratio los gastos de emisión para el primer año son 100 lempiras

PATS = Prima Comercial + Impuestos + Gastos de Emisión

PATS = 4,900.00 + 100.00 + 0 = 5,000.00

Se informaría:

Prima Comercial: L. 4,900.00

Gastos de emisión: L. 100.00

Impuestos: L. 0.00

Prima Anual Total de Seguro L. 5,000.00

