COMMONWEALTH OF PUERTO RICO

OFFICE OF THE COMMISSIONER OF INSURANCE

May 6, 1986

Circular Letter No. C-5-1052-86

TO AL INSURER AUTHORIZED TO TRANSACT CASUALTY INSURANCE BUSINESS UNDER SECTION 4.080 OF THE INSURANCE CODE OF PUERTO RICO

Subject: Rule LVI of the Regulations of the Insurance Code of Puerto Rico

Dear Sirs:

Section 12.200 of the Insurance Code of Puerto Rico provides that the Commissioner of Insurance may adopt regulation, when he deems it justified, to distribute equitably among the principal insurers those insurances which by law are imposed on certain persons in order to transact certain business, whenever such persons are unable to obtain the coverage from the domestic insurers authorized to transact such insurances.

Pursuant to the authority granted by Section 12.200, on April 23, 1986, we approved Rule LVI of the Regulations of the Insurance Code of Puerto Rico, which contains the system by which medical professional liability policies shall be issued to qualified applicants until December 31, 1986.

We enclose a copy of Rule LVI so that you may a acquaint yourself with its provisions for proper compliance.

Cordially yours,

Juan Antonio García
Commissioner of Insurance

Enclosure

P.O. Box 8330 — Fernández Juncos Station — Santurce, Puerto Rico 00910 - 8330

Commonwealth of Puerto Rico
OFFICE OF THE COMMISSIONER OF INSURANCE
P.O. Box 3508 - Old San Juan Station
San Juan, Puerto Rico 00904

Amendment to the Regulations of the Insurance Code of Puerto Rico

Section I. In accordance with the provisions of section 2.040 of Act No. 77 of June 19, 1957, as amended, I hereby give notice to the insurance industry, the insurance consumers and the general public of the approval of Rule LVI of the Regulations of the Insurance Code of Puerto Rico. This Rule is being approved on an emergency basis to mitigate the serious problems posed by private physicians, especially those practicing gynecology and obstetrics, who have ceased to provide medical and surgical care to their patients because of the unavailability of medical malpractice insurance on an occurrence basis. Said Rule shall read as follows:

Rule LVI

Assigned Medical Professional Liability Insurance Risks

Legal Authority: Section 12.200

Section 1. Purpose of this Rule

The purpose of this Rule is to distribute equitably among insurers authorized to transact insurance business under Section 4.080(1) through (12) of the Insurance Code of Puerto Rico, the physicians and surgeons professional liability insurance required by law, when such insurance can not be obtained at statutory limits and at the prevailing rate level on an occurrence basis from insurers authorized to transact such type of insurance in Puerto Rico.

Section 2. Scope of this Rule

This Rule shall not be construed as to create any additional and separate legal entity to provide insurance. Insurers shall participate under their own legal status as such and shall only be responsible under each contract of insurance for their percentage participation as required by Section 3 of this Rule, except that in case of insolvency of any participating insurer, the remaining insurers shall distribute among themselves its participation in the proportion which results from the second

distribution of the individual liability excluding the insolvent insurer, among the remaining insurers pursuant to the formula contained in section 3, so modified. With respect to a loss occurred prior to the insolvency, that portion of the claim corresponding to the percentage participation of the insolvent insurer shall be treated as any other business of such insolvent insurer.

Section 3. Distribution system of risks through a pool of insurers

The distribution of risks pursuant to this rule shall be made through a group or pool of the insurers, which will be known as the Medical Malpractice Insurance Pool (hereinafter called "the Pool"). The Pool will have no legal status as a separate legal entity, and will be composed by all insurers authorized to transact insurance business under Section 4.080(1) through (12) of the Insurance Code of Puerto Rico. Each such insurer shall participate in the Pool and shall continue to participate in the Pool as a requisite to continue being authorized to transact insurance business in Puerto Rico.

All claims and/or suits arising from the activities of the Pool shall be instituted in the name of the Medical Malpractice Insurance Pool, or in the name of all the participating insurers which will be responsible to the extent of their respective participations.

Each insurer shall participate in the premiums, losses, expenses and profits of the Pool in a percentage participation to be determined by the ratio of the net direct premiums written by the insurer for insurance falling under the scope of Section 4.080(1) through (12) of the Insurance Code of Puerto Rico to the total net direct premiums written by all insurers under that same section for the year ending as of December 31 preceding the year in which the policy was issued.

Section 4. Administration

The Pool shall be administered by a Board of Representatives (hereinafter referred to as the Board), which will be composed by seven (7) members, who will be selected by the majority of the voting participating insurers, but shall have no power to bind any of the participating insurers in any matter not covered by this Rule or for which the participating insurer has not expressly given its consent either by vote or by vested powers on the Board. Each vote shall have weight in the same proportion as the ratio determined in Section 3 above.

The Commissioner shall call a meeting of all participating insurers for the election of the Board, at a time and place designated by him.

The members of the Board are empowered to receive applications for insurance and refer them to the servicing carrier provided in section 5.

The members of the Board shall not be held responsible to the members of the Pool for any determination or decision taken in good faith and within the scope of their duties during the normal course of business.

Section 5. Servicing Carrier

The Board shall select from within its members, a servicing carrier which will act under the direction of the Board. The servicing carrier will receive and process insurance applications, underwrite the risks, issue the policy, receive suits, provide legal defense, adjust, claim, and pay losses including loss adjustment expenses under the authority of the Board.

Section 6. Issuance of policies

Policies will be issued in the name of the Medical Malpractice Insurance Pool and shall be signed by the president and the secretary of the Board, and shall also be countersigned by an authorized representative of the servicing carrier duly authorized to countersign policies by the Commissioner of Insurance. Such policies shall also contain the name of each

participating insurer with its corresponding percentage participation.

Section 7. Application for insurance

a) The Pool shall only provide physicians and surgeons professional liability insurance to all eligible classifications.

b) A complete application for insurance shall be signed by the applicant and may be submitted to the Pool through a duly licensed property and casualty agent or broker.

c) If the servicing carrier determines that the applicant meets the underwriting standards of the Pool, as provided in this rule, then the servicing carrier, upon receipt of the full premium, as required, shall issue on the physicians and surgeons professional liability insurance policy to be effective at the date following the receipt of the premium.

Section 8. Underwriting Standards

a) Premiums applicable shall be determined in accordance with the occurrence type policy forms, endorsements, manual rules, and the rate level for physicians and surgeons professional liability insurance approved by the Commissioner of Insurance to the Insurance Services Office, Inc., on behalf of its member and subscriber companies, or as they may be subsequently amended or revised.

b) All manual rules, rate level, rating plans and classifications referred to in Section 8(a) shall be deemed as approved by the Commissioner of Insurance to all participating insurers not having such standards on file, only for the purpose of issuing the policy in the name of the Pool. No further filing with the Commissioner of Insurance will be needed.

c) The limits of liability to be offered shall only be $100,000 for each medical incident, as defined in the policy, and $300,000 aggregate for the policy term.

d) The insurance contract shall be the occurrence type policy form approved to the Insurance Service Office, Inc., on behalf of its members and subscriber companies.

e) Policies shall be issued for a term until December 31, 1986, for all eligible classifications, except that for the obstetrics classifications such term shall be extended until August 31, 1987, due to the particular nature of their practice. Nevertheless, no risks shall be covered nor policies shall be issued to be effective on or after January 1, 1987.

f) The policy shall be a syndicated policy written in the name of the Pool and each insurer shall be a direct insurer to the extent of its percentage participation. The liability of each participating insurer under each policy shall be several, each for itself, and not jointly, and no participating insurer shall be liable under any such policy for the obligation of any other participating insurer, except as provided in Section 2 of this Rule. The service of process or of any notice or proof of loss required by such policy upon the servicing carrier shall constitute service upon all participating insurers.

g) Each participating insurer shall be deemed to have authorized the Board as its attorney-in-fact to execute policies on behalf of each participating insurer.

Section 9. Assessment

Assessment upon each participating insurer in connection with the Pool's business shall be levied and assessed by the Board in the proportion established in Section 3 of this Rule.

Section 10. Declination; non-renewal

a) The Board or any person in its name may decline to provide coverage:

1) If the application is incomplete, or not duly signed by an applicant who qualifies under this Rule.

2) Until full payment of the premium is received by the Board or the servicing carrier.

3) To any applicant who, during the previous five (5) years, has had two or more paid claims under a physicians and surgeons professional liability insurance policy or coverage.

4) To any applicant who has canceled or has provoked cancellation of any valid physicians and surgeons professional liability insurance policy after April 1, 1986.

b) Declinations shall be in writing and shall state the reason or reasons for such declination and shall also inform the applicant of his right to appeal to the Commissioner of Insurance such determination of the Pool and shall advise him of the means whereby such an appeal may be initiated.

Section 11. Surcharged premium

Applicants otherwise eligible having two or more claims outstanding at the time of application, for which loss reserves have been set aside during the previous five (5) years, may be insured by the Pool applying a surcharge pursuant to Section 12.090 of the Insurance Code of Puerto Rico.

Section 12. Appeals

Any applicant or any other person or its representative or any affected participating insurer, may appeal to the Board within fifteen (15) days after any final ruling, action or decision of the servicing carrier. The Board shall take action within twenty (20) days after having been notified of the appeal on all matters within its powers or within twenty (20) days after consulting the participating insurers on other matters, provided that all consultations to participating insurers must be made within ten (10) days after the notification of the appeal. A decision of the Board may be reviewed by the Commissioner of Insurance, within fifteen (15) days from the date the action or decision of the Board is notified to the interested party.

Section 13. Statistics

The servicing carrier shall file with the Insurance Services Office, Inc., the compiled experience of premiums and losses on business handled by the Pool, in accordance with the statistical plan in effect.

Section 14. Records

The servicing carrier shall maintain complete and separate records of all business transactions, including copies of all policies and endorsements issued in the name of the Pool.

Section 15. Reports

a) The Board shall file a monthly report of all business transacted and all losses incurred to all participating insurers.

b) The Board shall file with the Commissioner of Insurance a complete financial and operational report as of December 31 of each year not later than March 1.

Section 16. Termination of the Pool

The Pool shall cease issuing policies to eligible classifications on December 31, 1986. Notwithstanding, the term of such policies will be in accordance with Section 8(e). Any obligation incurred by the Pool shall not be impaired by its expiration and the Pool shall be continued for the purpose of performing such obligations.

Section II. This Rule shall become effective five (5) days after the publication in a newspaper of general circulation, once a week for two consecutive weeks, of a notice to the effect that such Rule has been approved.

Juan Antonio García
Commissioner of Insurance

Approved: April 23, 1986

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
San Juan, Puerto Rico

Enmiendas al Reglamento del Código
de Seguros de Puerto Rico

Sección 1. En virtud de las disposiciones del Artículo 2.040 de la Ley Núm. 77 del 19 de junio de 1957, según enmendada, notifico a la industria de seguros, al público suscritor de seguros y al público en general, la aprobación de la Regla LVI del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico. Esta Regla ha sido aprobada con carácter de emergencia para aminorar el problema tan serio que han planteado los médicos privados, específicamente aquellos que practican las especialidades de ginecología y obstetricia, quienes han cesado de proveer servicios médicos y quirúrgicos a sus pacientes debido a la falta de disponibilidad de seguros de responsabilidad profesional de médicos sobre una base de ocurrencia. La referida Regla leerá como sigue:

REGLA LVI

Riesgos Asignados en el Seguro de Responsabilidad
Profesional de Médicos

Autoridad Legal: Artículo 12.200

Artículo 1. Propósito de esta Regla

El propósito de esta regla es distribuir equitativamente entre los aseguradores autorizados a tramitar negocio de seguros bajo los apartados del (1) al (12) del artículo 4.080 del Código de Seguros de Puerto Rico, el seguro de responsabilidad profesional de médicos requerido por ley, cuando tal seguro no se puede obtener a los límites estatutarios y a los tipos prevalecientes en el mercado en un contrato de seguros sobre una base de ocurrencia de aseguradores autorizados a tramitar negocio de seguros en Puerto Rico.

Artículo 2. Alcance de esta Regla

Esta regla no deberá interpretarse como que crea una entidad legal adicional y separada para proveer seguro. Los aseguradores

participarán bajo su propia identidad legal como tales aseguradores y serán responsables bajo cada contrato de seguros por su participación porcentual según se requiere en el artículo 3 de esta regla, excepto que en caso de insolvencia por parte de cualquier asegurador participante, los aseguradores restantes se distribuirán la participación de éste, en la proporción que resulte de la distribución de la responsabilidad individual excluyendo al asegurador insolvente entre los aseguradores restantes de acuerdo a la fórmula descrita en el artículo 3, así modificada. En cuanto a pérdidas ocurridas antes de la insolvencia, la porción de tal reclamación correspondiente a la participación porcentual del asegurador insolvente será tratada como cualquier otro negocio del asegurador insolvente.

Artículo 3. Sistema de distribución de riesgos a través de un grupo de aseguradores.

La distribución de riesgos conforme a esta Regla se hará a través de un grupo o sindicato de los aseguradores, que se conocerá como "Sindicato de Aseguradores de Responsabilidad Profesional de Médicos", (de aquí en adelante denominado "el Sindicato"). El Sindicato no tendrá personalidad jurídica como entidad jurídica separada, y estará compuesto por todos los aseguradores autorizados a tramitar negocio de seguros bajo los apartados del (1) al (12) del artículo 4.080 del Código de Seguros de Puerto Rico. Cada uno de tales aseguradores participará en el Sindicato y continuará participando en el Sindicato como condición para continuar siendo elegible para tramitar negocio de seguros en Puerto Rico.

Todas las reclamaciones y/o pleitos que surjan de las actividades del Sindicato deberán hacerse en nombre del Sindicato de Aseguradores de Responsabilidad Profesional de Médicos o en nombre de todos los aseguradores participantes quienes serán responsables hasta el grado de sus respectivas participaciones.

Cada asegurador participará en las primas, pérdidas, gastos y ganancias del negocio del Sindicato a base de una participación

porcentual que se determirá por la razón que resulta de las primas netas directas suscritas por el asegurador para negocio de seguros comprendido por los apartados del (1) al (12) del artículo 4.080 del Código de Seguros de Puerto Rico y el total de las primas netas directas suscritas por todos los aseguradores bajo ese mismo artículo para el año que termina al 31 de diciembre precedente al año en que se emitió la póliza.

Artículo 4. Administración

El Sindicato será administrado por una Junta de Representantes (de aquí en adelante denominada la "Junta"), que estará compuesta por siete (7) miembros, los cuales serán electos por la mayoría de los votos de los aseguradores participantes, pero no tendrá poderes para obligar legalmente a cualesquiera de los aseguradores participantes en materia alguna que no esté dentro del ámbito de esta Regla o para la cual el asegurador participante no ha dado su consentimiento expreso mediante su voto o mediante delegación de poderes a la Junta. Cada voto tendrá peso en la misma proporción que la razón determinada en el artículo 3, anterior.

El Comisionado convocará una reunión de los aseguradores participantes para la elección de la Junta, en la fecha y lugar que él designe.

Los miembros de la Junta tendrán la facultad de recibir solicitudes de seguro, y referirlas al asegurador de servicio dispuesto en el artículo 5.

Los miembros de la Junta no serán responsables a los miembros del sindicato por cualquier determinación o decisión tomada de buena fe y dentro del alcance de sus deberes, en el curso normal del negocio.

Artículo 5. Asegurador de servicio

La Junta escogerá, entre sus miembros, un asegurador de servicio que conducirá sus actividades bajo la dirección de la Junta. El asegurador de servicio recibirá y procesará solicitudes de seguro, evaluará los riesgos, expedirá la póliza, recibirá emplazamientos, proveerá defensa legal, ajustará cualquier

reclamación y pagará pérdidas incluyendo gastos de ajuste bajo la dirección de la Junta.

Artículo 6. Emisión de pólizas

Las pólizas serán emitidas por el Sindicato y serán firmadas por el presidente y el secretario de la Junta y serán también refrendadas por un representante autorizado del asegurador de servicio que esté debidamente autorizado a refrendar pólizas por el Comisionado de Seguros. Tales pólizas, además, contendrán el nombre de cada asegurador participante con su correspondiente participación porcentual.

Artículo 7. Solicitud para el seguro

(a) El Sindicato solamente proveerá seguro de responsabilidad profesional de médicos y cirujanos a todas las clasificaciones elegibles.

(b) El solicitante deberá firmar una solicitud de seguros debidamente llena y podrá someter la misma al Sindicato a través de un agente o corredor de seguros de propiedad y contingencia debidamente autorizado.

(c) Si el asegurador de servicio determina que el solicitante cumple con las normas de suscripción del Sindicato, como se provee en esta Regla, entonces el asegurador de servicio, después de recibir la prima total, según requerido, emitirá la póliza de responsabilidad profesional de médicos y cirujanos la cual será efectiva en la fecha siguiente al recibo de la prima.

Artículo 8. Normas de suscripción

(a) Las primas aplicables serán determinadas de acuerdo con los formularios de póliza tipo ocurrencia (occurrence), endosos, las reglas de manual y el nivel tarifario para el seguro de responsabilidad de médicos y cirujanos aprobado por el Comisionado de Seguros al Insurance Services Office, Inc., a nombre de sus aseguradores miembros y suscritores, o según sea éste enmendado o revisado posteriormente.

(b) Todas las reglas de manual, nivel de tarifas, planes tarifarios y clasificaciones a las que se refiere el artículo

8(a) se considerán aprobados por el Comisionado de Seguros a todos los aseguradores participantes, que no tengan tales normas archivadas y aprobadas, solamente con el propósitos de la emisión de la póliza a nombre del Sindicato.

(c) Los límites de responsabilidad que se han de otorgar serán solamente $100,000, por cada acontecimiento médico, tal y como se define en la póliza, y $300,000, de forma agregada por el término de la póliza.

(d) El contrato de seguros será la póliza del tipo ocurrencia (occurrence type policy form) aprobada al Insurance Services Office, Inc., a nombre de sus aseguradores miembros y suscritores.

(e) Las pólizas se emitirán por un término hasta el 31 de diciembre de 1986, para todas las clasificaciones elegibles, excepto que para las clasificaciones de obstetras tal término se extenderá hasta el 31 de agosto de 1987 debido a la naturaleza particular de su práctica. No obstante lo anterior, no se cubrirán riesgos ni se emitirán pólizas para ser efectivas del 1 de enero de 1987, en adelante.

(f) La póliza será una póliza sindicada suscrita en nombre del Sindicato y cada asegurador será un asegurador primario hasta el grado de su participación porcentual. La responsabilidad de cada asegurador participante bajo cada póliza, será mancomunada, cada uno de por sí, y no en forma solidaria, y ningún asegurador participante será responsable bajo cualquier póliza por la obligación de cualquier otro asegurador participante, excepto como se provee en el Artículo 2 de esta Regla. La entrega de un emplazamiento o de cualquier notificación o prueba de pérdida al asegurador de servicio requerida por tal póliza constituirá entrega a todos los aseguradores participantes.

(g) Se entenderá que cada asegurador participante ha autorizado a la Junta como su apoderado para otorgar pólizas en nombre de cada asegurador participante.

Artículo 9. Derramas

La Junta impondrá derramas sobre cada asegurador participante en relación con los negocios del Sindicato en la proporción establecida en el Artículo 3 de esta Regla.

Artículo 10. Declinación; no renovación

(a) La Junta o cualquier persona en su nombre podrá negarse a proveer cubierta:

1. Si la solicitud esta incompleta o no está debidamente firmada por un solicitante que cualifique bajo esta Regla.

2. Hasta que el pago completo de la prima se reciba por la Junta o el asegurador de servicio.

3. A cualquier solicitante que, dentro de los cinco (5) años previos, ha tenido dos o más reclamaciones pagadas bajo una póliza o cubierta de responsabilidad profesional de médicos y cirujanos.

4. A cualquier solicitante quien ha cancelado o ha provocado la cancelación de cualquier póliza válida de responsabilidad profesional de médicos y cirujanos después del 1 de abril de 1986.

(b) Las declinaciones se harán por escrito y contendrán la razón o razones para tales declinaciones y además, informará al solicitante su derecho a apelar ante el Comisionado de Seguros tal determinación del Sindicato y le indicará los medios por los cuales se podrá iniciar tal apelación.

Artículo 11. Prima recargada

Los solicitantes que de otro modo serían elegibles que tengan dos o más reclamaciones pendientes al momento de la solicitud, para las cuales se haya separado reserva de pérdidas, dentro de los cinco (5) años previos, podrán ser asegurados por el Sindicato aplicando un recargo conforme al artículo 12.090 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Artículo 12. Apelaciones

Cualquier solicitante o cualquier otra persona o su representante o cualquier asegurador participante afectado, podrá

apelar ante la Junta dentro de quince (15) días después de dictado cualquier veredicto final, acción o decisión del asegurador de servicio. La Junta deberá tomar acción dentro de veinte (20) días después de haber sido notificada de la apelación sobre toda materia dentro del alcance de sus poderes, o dentro de veinte (20) días después de consultar a los aseguradores participantes en otras materias, disponiéndose que todas las consultas a los aseguradores participantes deberán hacerse, dentro de diez (10) días después de la notificación de la apelación. Una decisión de la Junta podrá ser revisada por el Comisionado de Seguros dentro de quince (15) días a partir de la fecha en que la decisión de la Junta haya sido notificada a la parte interesada.

Artículo 13. Datos estadísticos

El asegurador de servicio informará al Insurance Services Office, Inc., la experiencia de primas y pérdidas sobre negocio manejado por el Sindicato, de conformidad con el plan estadístico en vigor.

Artículo 14. Registros

El asegurador de servicio deberá mantener registros completos y separados de toda las transacciones de negocio, incluyendo copia de todas las pólizas y endosos emitidos a nombre del Sindicato.

Artículo 15. Informes

(a) La Junta deberá someter un informe mensual de todo negocio tramitado y de todas las pérdidas incurridas a todos los aseguradores participantes.

(b) La Junta deberá someter al Comisionado de Seguros un informe financiero y operacional completo de sus operaciones al 31 de diciembre de cada año, no más tarde del 1 de marzo siguiente.

Artículo 16. Terminación del Sindicato

El Sindicato dejará de expedir pólizas de clasificaciones elegibles el 31 de diciembre de 1986. No obstante, el término de tales pólizas será aquel que dispone el artículo 8(e). Cualquier obligación incurrida por el sindicato no será afectada por el

dejar de expedir pólizas y el Sindicato continuará con el propósito de cumplir con tales obligaciones.

Sección 2. Esta Regla entrará en vigor cinco (5) días después de que se publique un aviso de su aprobación en un periódico de circulación general, una vez por semana, por dos semanas consecutivas.

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Aprobado en: 23 de abril de 1986