

NUM. 2084

6 de abril de 1976 2:00 P.M.
FECHA

APROBADO

JUAN A. ALBORS

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
Apartado 3528 - Estación Vieja
San Juan, Puerto Rico 00904

Secretario de Estado

Juan A. Albors
Secretaria Auxiliar de Estado

ENMIENDAS AL REGLAMENTO DEL CODIGO DE SEGUROS

Sección 1. En virtud de las disposiciones del Artículo 2.040 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como Código de Seguros de Puerto Rico, notifico a la industria de seguros, al público en general, la aprobación de la Regla XLVII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico la cual aplicará a las prácticas desleales en el ajuste de reclamaciones, y que leerá como sigue:

RECLA XLVII

PRÁCTICAS DESLEALES EN EL AJUSTE DE RECLAMACIONES

Autoridad de Ley: Artículo 27.161

El Artículo 27.161 del Código de Seguros prohíbe a los aseguradores autorizados incurrir en prácticas desleales en el ajuste de reclamaciones. Comoquiera que un acto aislado no debe ocasionar necesariamente la imposición de sanciones, se entenderá que si cualquier asegurador lleva a cabo cualquier acto o práctica prohibida por dicho artículo con la frecuencia que indique una práctica general del negocio, esos actos constituirán una práctica desleal y engañosa del negocio de seguros.

Artículo 1. Esta regla define aquellas condiciones mínimas, las cuales, de violarse con la frecuencia que indique una práctica general, se considerará que constituye una práctica desleal en el ajuste de reclamaciones. Disponiéndose que esta reglamentación no excluye que otros actos que no estén aquí especificados se puedan considerar como violación al Artículo 27.161 del Código.

Artículo 2. Definiciones.

Las definiciones aquí enumeradas regirán la interpretación de los términos que se utilizan en esta regla.

- (a) Agente - significa cualquier persona, sociedad, asociación o corporación a la cual se le haya expedido una licencia con arreglo al Código de Seguros y esté autorizado para actuar a nombre del asegurador. Con respecto al seguro grupal de vida y de accidente y salud, el tenedor de la póliza será considerado como un agente del asegurador dentro de la autoridad que le haya sido conferida por el asegurador.
- (b) Asegurado reclamante, significa cualquier persona, sociedad, asociación o corporación que alegue tener derecho al pago de su reclamación bajo los términos de su póliza.
- (c) Tercero reclamante, significa cualquier persona, sociedad, asociación o corporación que alegue tener una causa de acción contra cualquier persona asegurada por una póliza emitida por un asegurador.
- (d) Investigación, significa el procedimiento adoptado por un asegurador para determinar si se acepta o deniega una reclamación.
- (e) Notificación de reclamación, significa cualquier notificación, bien sea por escrito o de otro modo, hecha por un reclamante a un asegurador o su agente en el cual se le señalan los hechos pertinentes de su reclamación y se alega el derecho a pago.

Artículo 3. Aplicabilidad

Esta reglamentación aplicará a todos los aseguradores autorizados en Puerto Rico.

- (a) No será aplicable al seguro de crédito, de título, compensación obrero- patronal, marítimo y marítimo terrestre.
- (b) Los párrafos (a) y (b) del Artículo 7 de esta Regla no serán aplicables a pólizas de seguro de vida y de accidente y salud.
- (c) El Artículo 5 y 6, y el párrafo (c) del Artículo 7

de esta regla no será aplicable a pólizas de accidente y salud donde el reclamante no es un tenedor de la póliza, el tenedor de un certificado bajo una póliza grupal o una familiar o miembro del jefe de familia tenedor de dicha póliza o certificado.

- (d) El párrafo (b) del Artículo 4, y el Artículo 5 no serán aplicables a pólizas de seguro donde un reclamante está representado por un ajustador público.

Artículo 4. Falsa Representación de los Términos de una Póliza

- (a) Ningún asegurador podrá denegar una reclamación basándose en una disposición, condición o exclusión específica de una póliza a menos que expresamente haga por escrito referencia a dicha disposición, condición o exclusión. Podrá utilizarse cualquier otro medio de notificación siempre que se haga la correspondiente anotación en el expediente de la reclamación que mantenga el asegurador.
- (b) Cualquier comunicación sobre el pago, transacción u oferta de transacción de los beneficios a un asegurado reclamante en la cual no se incluya todas las cantidades que deban ser incluidas de acuerdo con la reclamación radicada por el asegurado reclamante, que esté incluida dentro de los límites de la póliza, e investigada por el asegurador, podrá ser considerada como una comunicación que hace una falsa representación de las disposiciones de una póliza.

Artículo 5. Dejar de Acusar Recibo

- (a) Todo asegurador, luego de ser notificado de una reclamación, deberá acusar recibo por escrito de dicha notificación dentro de los próximos quince días laborables. La notificación hecha al agente del asegurador se considerará como una hecha al asegurador, siempre que éste lo haya autorizado para recibir notificaciones de las reclamaciones. Si la

notificación se hace a un agente del asegurador y éste no lo ha autorizado para recibir los mismos, el agente vendrá obligado a notificarlo al reclamante dentro de los siete (7) días siguientes e indicando la persona a quien debe hacerse la notificación y su dirección.

- (b) Cualquier comunicación que se reciba debe ser contestada dentro de quince días.
- (c) Cualquier requerimiento de la Oficina del Comisionado relacionada con una reclamación deberá ser contestada dentro de quince días.

Artículo 6. Métodos razonables para la investigación de reclamaciones

Todo asegurador deberá establecer un procedimiento para iniciar dentro de los quince días laborables, la investigación de cualquier reclamación que le sea notificada, ya sea por un asegurado o tercero reclamante o su representante autorizado. Dentro de quince días de haber recibido notificación de la reclamación, el asegurador enviará por correo al reclamante o su representante una notificación con cada una de las partidas, declaración y formularios que el asegurador razonablemente considere se requerirán en dicha reclamación. Si a base de la información que el asegurador tenga en su poder, éste no conoce todos los requisitos, entonces la notificación se hará dentro de un término razonable.

Artículo 7. Métodos para un ajuste rápido y equitativo

- (a) En cualquier caso en el cual no exista una controversia en cuanto a la cubierta, será deber de todo asegurador ofrecer al reclamante aquellas cantidades que dentro de los límites de la póliza sean justas y razonables y que además de la investigación practicada por el asegurador surge que la cantidad reclamada es justa y razonable.
- (b) En el caso de un asegurado reclamante, cuando la póliza provea para un ajuste y transacción de una

pérdida total de automóvil a base del valor real en el mercado o la sustitución del vehículo por otro de la misma clase y por lo menos de la misma calidad, se podrá utilizar uno de los siguientes métodos:

(1) El asegurador puede elegir ofrecer una transacción en efectivo. Esta se basará en el costo real de compra de un vehículo comparable de la misma clase y calidad en el mercado local. Cualquier desviación de esto, deberá ser sostenida por aquella evidencia documental en la que se detalle particularmente la condición del automóvil. Cualquier deducción de dicho costo deberá ser detallada en cada una de las partidas, señalando la cuantía envuelta.

(2) El asegurador podrá decidir ofrecer la sustitución del vehículo. Sustitución del vehículo se define como un vehículo comparable suplido y pagado por el asegurador sin costo adicional para el asegurado que no sea el deducible. Disponiéndose, que si el vehículo reemplazado tiene equipo adicional no incluido en el automóvil declarado pérdida total, el reclamante y el asegurador podrán acordar el cargo correspondiente por dicho equipo adicional. En la eventualidad de que el reclamante opte por el pago en efectivo en lugar del remplazo, el asegurador vendrá obligado a pagar la cantidad que de otro modo pagaría por el remplazo del automóvil incluyendo todas las contribuciones.

Como condición precedente a este método de transacción, el asegurador deberá ofrecer primero el remplazo del automóvil al asegurado reclamante y éste a su vez deberá rechazar la oferta. Tanto la oferta como su rechazo deberán aparecer del expediente de reclamación que mantendrá el asegurador.

(c) Dentro de quince días de haber recibido la declaración de pérdida debidamente completada, el asegurador deberá notificar por escrito al asegurado reclamante o

tercero reclamante, la aceptación o denegación de la reclamación. Si el asegurador necesita tiempo adicional para determinar si una reclamación debe ser aceptada o denegada, deberá así notificarlo al reclamante dentro de los quince días de haber recibido la declaración de pérdida.

Si transcurrido 90 días a partir de la fecha en que el asegurador solicite tiempo adicional para investigar, sin que la reclamación se haya ajustado, el asegurador deberá notificar por escrito al reclamante o su representante, las razones por las cuales necesita tiempo adicional para llevar a cabo la investigación. Si la reclamación es aceptada total o parcialmente, dicho reclamante deberá ser notificado.

- (d) En todo caso en el cual no exista controversia sobre uno o varios aspectos de la reclamación, se deberá hacer el pago correspondiente, independientemente de que exista una controversia en cuanto a otros aspectos de la reclamación, siempre que el mismo se pueda efectuar sin perjuicio de ambas partes.
- (e) Toda cuantía acordada en la transacción total o parcial de una reclamación o una reparación autorizada deberá ser pagada por el asegurador dentro de los diez días laborables de recibida la aceptación de la transacción o a partir de la fecha en que el reclamante deba cumplir con cualquier condición que se establezca en el acuerdo, cualquiera de ellas la que sea última.
- (f) Los siguientes actos se consideran actos o prácticas engañosas de las enumeradas en el artículo 27.161 del Código.

(1) Dejar de proveer a los reclamantes los formularios de reclamación, adecuada orientación y asistencia a los asegurados.

(2) Excepto como de otro modo se disponga en la póliza, dejar de ofrecer al asegurado una transacción en base a que la responsabilidad de pago pueda ser asumida por otras personas o aseguradores.

(3) Hacer declaraciones escritas o de otro modo, indicando al reclamante que sus derechos serán afectados y dentro de determinado período de tiempo el reclamante no somete la prueba de pérdida, descripción del accidente, relevo o su reclamación de daños.

(4) Hacer declaraciones escritas o de otro modo, requiriendo a un asegurado que notifique por escrito una pérdida dentro del término específico o de lo contrario la compañía queda relevada de sus obligaciones contractuales bajo la póliza, sino se cumple con el término señalado.

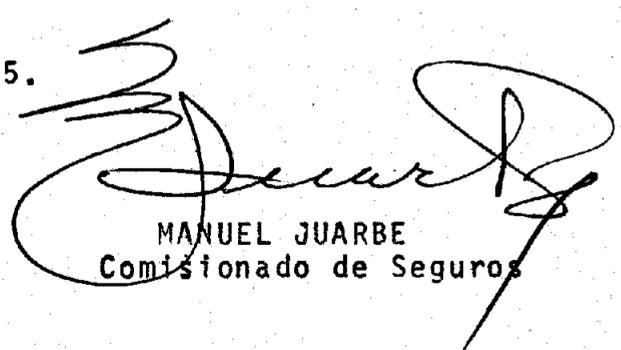
(5) Requerir que el asegurado reclamante firme un relevo que pueda ser interpretado como que releva al asegurador de aquellas obligaciones contractuales que no fueron objeto de la transacción.

(6) Requerir al reclamante que se provea un automóvil sustituto.

(7) Requerir irrazonablemente al tercero reclamante según definido en el Artículo 2 de esta Regla que lleve a cabo viajes, ya sea para inspeccionar un automóvil sustituto, obtener un estimado de reparación o que el automóvil sea reparado en un lugar determinado.

Sección 2. Esta Regla entrará en vigor cinco días después de dar aviso de su aprobación en un periódico de circulación general una vez por semana por dos semanas consecutivas.

12 de agosto de 1975.


MANUEL JUARBE
Comisionado de Seguros