

DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y
ASISTENCIA AL ASEGURADO
(D O A A)
y
SERVICIOS DE ATENCIÓN AL ASEGURADO
(SAA)

RESOLUCION N° 35.840 - 3/6/2011

**TEXTO ACTUALIZADO CON MODIFICACIONES POR
RESOLUCIONES 36.375 (6/12/2011), 37.588 (5/6/2013) y
37.658 (18/7/13)**

Ver nota (*)

PROCEDIMIENTOS PARA LA TRAMITACION DE CONSULTAS Y
DENUNCIAS

VISTO el Expediente N° 53.937 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN; y

CONSIDERANDO:

Que la constante y creciente mejora exigida por los usuarios, respecto de la calidad de los servicios prestados por el mercado asegurador, impone que el sistema se dote de modernos mecanismos y procedimientos que permitan encausar y dar respuesta a las inquietudes y quejas que necesiten efectuar los asegurados y/o beneficiarios, con la finalidad de incrementar la mejora en la atención de los mismos, de dar adecuada respuesta y asesoramiento acorde con los requerimientos planteados y coadyuvar a generar transparencia de las transacciones en el mercado asegurador y a una efectiva tutela de los asegurados y/o beneficiarios.

Que la propia CONSTITUCION NACIONAL en su artículo 42 establece que los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su seguridad e intereses económicos, a una información adecuada y veraz y a condiciones de trato equitativo y digno por parte de los proveedores. Asimismo, dispone que las autoridades proveerán a la protección de esos derechos.

Que la ley 24240, sus modificatorias y complementarias, establecen, como principal objeto la defensa del consumidor o usuario. Que en consecuencia y en el marco de las normas tutelares de los derechos de los consumidores en general y del mercado asegurativo en particular, sería dable crear dentro de

esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN un ámbito específico de atención y tratamiento de consultas y reclamos, para facilitar a los usuarios la interposición de las quejas, reclamos o consultas ante este organismo de supervisión y control y para obtener de los mismos respuestas satisfactorias.

Que la presente norma pretende constituir un significativo avance dentro del proceso de reformas del sistema asegurador, con la finalidad de aumentar su eficiencia y competitividad, potenciando la protección de los clientes, usuarios y demás sujetos que actúan en la actividad, frente a eventuales conflictos y con el fin de reforzar la transparencia de las entidades supervisadas, fortaleciendo y mejorando sus controles y procedimientos internos.

Que, asimismo, al generarse un procedimiento previo de atención del asegurado y/o beneficiario por parte de las entidades aseguradoras, entre otras medidas a implementar en correspondencia con la naturaleza de las actividades del mercado de seguros, dicha circunstancia redundará en beneficio de asegurados y demás interesados, incluyendo las actividades de fiscalización de este Organismo.

Que esta Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención que corresponde a su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades previstas en el artículo 67° de la Ley N° 20.091.

Por ello;
EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS

RESUELVE:

ARTICULO 1° .-

DENOMINACION. Créase en el ámbito de la Subgerencia de Relaciones con la Comunidad de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, el "**Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado**" (DOAA)".

ARTICULO 2°.-

FINALIDAD Y OBJETO. El Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado tendrá como finalidad ser un ámbito específico, dentro de SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN y sin perjuicio de competencias de las distintas áreas de la misma, especializado en la tutela, promoción y defensa de los derechos de los asegurados, debiendo cumplir para ello todas las misiones y funciones previstas en la presente Resolución y demás normas reglamentarias que en su consecuencia se dicten.

ARTICULO 3°.-

MISIONES Y FUNCIONES. Sin perjuicio de otras que se le asignen o indiquen, serán misiones y funciones específicas del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado:

- 1.- Recibir y dar respuesta a las consultas y denuncias de los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
- 2.- Atender y dar respuesta a las inquietudes y asesoramiento solicitados por los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes, efectuados tanto a través del servicio de atención telefónica que dispondrá y organizará el Departamento, cuya numeración será "0-800-666-8400", como los cursados vía correo electrónico al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, cuyo domicilio electrónico será "consultasydenuncias@ssn.gob.ar".
- 3.- Requerir toda clase de información u opinión técnica relacionada con las actuaciones que tramite, a cuyo efecto las restantes dependencias de la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, prestarán la debida colaboración en el marco del procedimiento que se establece en la presente Resolución.
- 4.- Requerir informes, opiniones y dictámenes a entidades públicas y privadas en relación con la materia de protección al asegurado, en lo pertinente.
- 5.- Disponer de oficio o a requerimiento del interesado la celebración de audiencias con la participación de denunciante, compañías de seguros, productores, agentes y/o intermediarios.
- 6.- Arbitrar en su caso, de oficio o a requerimiento del interesado, mecanismos de avenimiento, de tipo conciliatorio, entre denunciante y compañías de seguros, productores, agentes o intermediarios, con la finalidad de poner fin a los reclamos iniciados, con base en el procedimiento que se establezca en la presente Resolución.
- 7.- Remitir, en caso de corresponder y fracasada, en su caso, la instancia conciliatoria dispuesta, las actuaciones a la Gerencia de Asuntos Jurídicos de la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN para la instrucción del sumario respectivo, en caso de presuntas infracciones cometidas por la o las personas denunciadas por el tomador de seguros, asegurado, beneficiario y/o derechohabiente, en el marco de la legislación aplicable.
- 8.- Fijar anualmente los contenidos mínimos que deberán contener los cursos que obligatoriamente deberán realizar los responsables y asistentes de los servicios de atención al asegurado de las aseguradoras.
- 9.- Recopilar, procesar, elaborar y proponer la divulgación y/o publicación de todo estudio, relevamiento, informe o investigación relacionada con la materia de protección del consumidor asegurado, con la finalidad de facilitar al mismo un mejor conocimiento de las características de la materia asegurativa en lo atinente, entre otras cuestiones, al suministro de información, precios, condiciones de contratación, solidez y perfil de las compañías aseguradoras, entre otros tópicos de interés para los asegurados y demás interesados. En ese marco también podrá proponer las modificaciones normativas que resulten convenientes para la mejor salvaguarda de los derechos de los asegurados y/o beneficiarios.
- 10.- Servir de órgano de relacionamiento y de comunicación institucional con organismos o dependencias nacionales y extranjeras, que cumplan finalidades o tengan competencias afines a las establecidas en este reglamento. En dicho marco, podrá proponer al Superintendente de Seguros de la Nación la

realización de convenios de cooperación con distintos organismos o dependencias que tengan misiones y funciones afines a las que posee el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, con la finalidad de optimizar la protección del asegurado y demás interesados.

11.- Llevar una base de datos de las denuncias ingresadas consignando –como mínimo- los siguientes datos: fecha, número de orden, datos del denunciante y su calidad de tomador de seguros, asegurado, beneficiario y/o derechohabiente, entidad aseguradora, ramo y número de póliza, motivo de la consulta y denuncia y breve informe final sobre su resolución.

12.- Contar con un Registro de datos de los Servicios de Atención al Asegurado, en el que consten como mínimo los siguientes parámetros: entidad aseguradora involucrada, domicilio de funcionamiento, Apellido y Nombres de los Responsables y Asistentes, Documento de Identidad, teléfono de contacto, correo electrónico, Acta de designación y Poder Especial.

(Nota del editor: art. 3º texto s/art.1º de la Res. 37.588)

ARTICULO 4º .-

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA. El Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado contará con un titular responsable de la dependencia, que será designado por el Superintendente de Seguros de la Nación. El mismo deberá contar con antecedentes suficientes en la materia y conocimiento de la normativa aplicable en materia asegurativa. El titular del Departamento dispondrá y organizará a los funcionarios y empleados que, para el ejercicio de las misiones y funciones previstas para el Departamento, se requieran, en función de la demanda que exista por parte de los asegurados y demás interesados y en la medida de la dotación presupuestaria y de personal que prevea a tal efecto el SUPERINTENDENTE DE SEGUROS DE LA NACION.

ARTICULO 5º.-

SERVICIOS DE ATENCIÓN AL ASEGURADO POR PARTE DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.

I) Con la finalidad de optimizar la prestación de los servicios de cobertura y la calidad de atención al tomador de seguros, asegurado, beneficiario y/o derechohabiente, en forma complementaria a la creación y funcionamiento del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, créase en el ámbito de cada entidad aseguradora el procedimiento de “*Servicio de Atención al Asegurado*”, que deberá establecerse e implementarse con base en las siguientes condiciones, modalidades y prestaciones:

1.- Estará integrado, como mínimo, por un (1) Responsable Titular y dos (2) Asistentes.

2.- Dependerá de la Dirección General o de la estructura general de la entidad aseguradora y gozará de plena independencia respecto a las restantes Gerencias de la compañía, a fin de garantizar la necesaria autonomía en la toma de decisiones referentes al ámbito de su actividad y para evitar conflictos de intereses.

3.- Tanto el Responsable del “*Servicio de Atención al Asegurado*” como sus dos Asistentes, deberán ser designados por el Órgano de Administración de la entidad aseguradora.

4.- Tanto el Responsable del “*Servicio de Atención al Asegurado*” como sus dos Asistentes deberán contar con poder suficiente otorgado por la entidad para atender los reclamos de los asegurados, brindar las explicaciones pertinentes y, en su caso, resolver los casos planteados por aquéllos.

5.- Tanto el Responsable del “*Servicio de Atención al Asegurado*” como sus Asistentes, deberán acreditar anualmente no menos de treinta y dos (32) horas de capacitación en temáticas relacionadas con la protección del consumidor y con la oportunidad de mejoras en la calidad de atención a los consumidores y usuarios por parte de los *Servicios de Atención al Asegurado* a su cargo. Para obtener la aprobación de los cursos que permitan acreditar los requisitos mínimos, los mismos deberán ser dictados por instituciones públicas o privadas con experiencia en el desarrollo de programas de capacitación, siempre que no mantengan vínculos relevantes con las compañías de seguros.

6.- Los nombramientos de los Responsables y de los Asistentes designados serán informados por las entidades a esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de haberse producido.

A tales fines las aseguradoras deberán atender a las siguientes consideraciones:

a) Comunicar las designaciones a esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, remitiendo para ello el formulario que como Anexo II integra la presente Resolución.

b) Las personas designadas deberán poseer conocimientos en materia aseguradora de carácter técnico-legal y contar con experiencia en el desempeño de la actividad aseguradora y en la atención de reclamos.

7.- Impedimentos para el ejercicio de la función: No podrán ser designados Responsables o Asistentes de los “*Servicios de Atención al Asegurado*” las personas que se encuentren inhabilitadas por esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN para actuar como productores asesores de seguros o para ser directores, gerentes o accionistas de una entidad aseguradora.

Los Responsables y Asistentes no podrán realizar actividades en otras Gerencias de la entidad aseguradora, con excepción de 2 supuestos:

a) Que la entidad aseguradora cuente con una totalidad de personal que no supere los 300 empleados —sumando casa matriz, sucursales y agencias—.

En cuyo caso, los Asistentes podrán desempeñar actividades en otras Gerencias. (*Nota del editor: texto s/Res. 37.658 del 18/7/13 Texto anterior: “Que la entidad aseguradora cuente con una totalidad de personal que no supere los 100 empleados -sumando casa matriz, sucursales y agencias-. En cuyo caso, los Asistentes podrán desempeñar actividades en otras Gerencias.”*)

b) Que la entidad aseguradora cuente con una totalidad de personal que no supere los 40 empleados —sumando casa matriz, sucursales y agencias—. En cuyo caso, tanto Responsables como Asistentes podrán desempeñar actividades en otras Gerencias.

II) RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES:

El Servicio de Atención al Asegurado será responsable, entre otras obligaciones que le competan, de:

1. Atender las consultas y reclamos de los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes que estén vinculados con sus intereses y/o con derechos que se deriven de los contratos de seguros y/o de todo otro servicio que brinde la compañía aseguradora.

2. Expedir una constancia numerada del reclamo formulado, con indicación precisa de la fecha de recepción, de la persona que la recibe y del siguiente texto:

Servicio de Atención al Asegurado

El S.A.A. tramitará los reclamos en un plazo máximo de 30 días hábiles desde su presentación.

De transcurrir dicho plazo sin que haya sido resuelto, o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. Dirigiéndose a: Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs.; O bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o por correo electrónico a: consultasydenuncias@ssn.gob.ar

3. Recabar toda clase de información relacionada con las actuaciones que tramite.

4. Prestar la máxima diligencia y cooperación con los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes, tanto en relación con el suministro de la información solicitada como en los asesoramientos requeridos.

5. Brindar durante toda la relación trato digno y equitativo a los requirentes.

De transcurrir el plazo de treinta (30) días hábiles desde la fecha de presentación del reclamo ante el Servicio de Atención al Asegurado de cada entidad o compañía aseguradora sin que haya sido resuelto, o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, la petición efectuada por el presentante, quedará expedita la vía de reclamo ante el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN. Lo expuesto no obstará toda otra acción administrativa, arbitral o judicial que pudiere corresponderle al reclamante.

6. Remitir, a requerimiento del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, las actuaciones tramitadas con motivo de los reclamos y solicitudes que reciba.

7. Servir de nexo y comunicación, en todo lo atinente a los reclamos y solicitudes de los asegurados y demás interesados, con el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

8. Llevar un registro donde se asienten en forma indubitable las denuncias y reclamos recibidos, consignando como mínimo los siguientes datos: fecha, número de orden, datos del denunciante, carácter del mismo (asegurado, beneficiario y/o derechohabiente), ramo y número de póliza, motivo del reclamo y resolución final. Un resumen de dicho registro, indicando cantidad de denuncias, número de orden, registro de mesa de entradas, resolución en cada caso y status de pendientes, debidamente suscripto por el Presidente del Órgano de Administración de la aseguradora, será remitido al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE

SEGUROS DE LA NACIÓN antes del 15 de enero de cada año, abarcando la información del año calendario anterior. Dicho registro no reemplazará al libro de Denuncias de Siniestros.

9. Remitir bimestralmente al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN un informe digital en el que se consignen las denuncias y reclamos recibidos, indicando cantidad de denuncias, número de orden, registro de mesa de entradas, vía de recepción y motivo del reclamo, datos del denunciante, número de póliza, resolución en cada caso y status de pendientes.

10. Conservar bajo su guarda las actuaciones tramitadas por el término de cinco (5) años en cualquier soporte que pueda constituir prueba en sede judicial en los términos de la normativa vigente.

El Órgano de Administración de cada entidad será el responsable de informar a esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, la baja de la designación y/o modificación de los integrantes del "*Servicio de Atención al Asegurado*", cualquiera sea su causa, dentro de las veinticuatro (24) horas de producida y proceder a su reemplazo en el término de tres (3) días hábiles. Asimismo, deberá anotar al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de todo cambio producido en el domicilio, teléfono o mail inherente al Servicio de Atención al Asegurado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de producido.

Cuando se trate de grupos económicos a los que pertenezca más de una entidad supervisada, las designaciones podrán recaer en las mismas personas para todas las entidades que pertenezcan al mismo grupo.

(Nota del editor: art. 5º texto s/art. 2º de la Res. 37.588)

ARTICULO 6º.-

CODIGO DE BUENAS PRACTICAS. El Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN instará, a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución, a las distintas cámaras empresarias del sector asegurador a la realización de un "*Código de Buenas Prácticas en materia asegurativa*", tendrá por finalidad optimizar la transparencia en la comercialización de las distintas coberturas y seguros ofrecidos en el mercado, la información detallada y suficiente que deba recibir el asegurado y/o beneficiario con anterioridad a la contratación de los distintos productos y servicios de las compañías aseguradoras, así como a mejorar los mecanismos de asistencia y asesoramiento al asegurado y/o beneficiario que deban brindarse durante la vigencia de la relación contractual.

ARTICULO 7º.-

TRIBUNALES ARBITRALES. El Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN propiciará, e instará también a las cámaras empresarias del sector asegurador, a la organización de tribunales arbitrales que actuarán como amigables componedores o árbitros de derecho común, según el caso, para resolver controversias que se susciten con motivo de las contrataciones de coberturas y servicios que realicen las entidades con sus clientes, en el marco de la

actividad aseguradora. Podrá invitar para que integren estos tribunales arbitrales, en las condiciones que establezca la reglamentación de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, a las personas que teniendo en cuenta las competencias propongan las asociaciones de consumidores o usuarios y las Cámaras empresarias del sector. Dichos tribunales arbitrales podrán tener asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en las distintas ciudades capitales de provincia.

ARTICULO 8°.-

Apruébase el "**Manual Operativo y de Procedimientos para la Tramitación de Consultas y Denuncias**", mediante el cual el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado sustanciará las consultas y reclamos de los asegurados y/o beneficiarios y realizará las restantes diligencias debidas atinentes a su marco de actuación, que se acompaña como Anexo I y forman parte de la presente Resolución.

ARTICULO 9°.-

La presente Resolución entrará en vigencia a los treinta (30) días de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 10°.-

Las actuaciones de consultas y denuncias que se encuentren en trámite a la entrada en vigor de la presente reglamentación, continuarán sustanciándose conforme los procedimientos anteriores hasta su conclusión.

ARTICULO 11°.-

Regístrese, comuníquese y publíquese en el Boletín Oficial.

ANEXO I

MANUAL OPERATIVO Y DE PROCEDIMIENTOS PARA LA TRAMITACION DE CONSULTAS Y DENUNCIAS

I) CONSIDERACIONES PRELIMINARES

a) Ente Coordinador

Para el cumplimiento de sus misiones y funciones y a efectos de la atención y sustanciación de las consultas y denuncias que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes, el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado implementará, con base en las previsiones de la presente Resolución, los mecanismos necesarios para coordinar la interacción y las comunicaciones, tanto con las restantes dependencias de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN,

como con los “*Servicios de Atención al Asegurado*” de las distintas entidades aseguradoras.

Tendrá las competencias establecidas en este reglamento con relación a las consultas y denuncias que formulen los asegurados y demás interesados respecto de los servicios prestados por las entidades aseguradoras, excepto en los supuestos de contratos por grandes riesgos y ART. Asimismo intervendrá en las consultas y denuncias de asegurados en relación con la actividad de los intermediarios de seguros, conforme a lo establecido en sus normativas específicas.

En todos los casos se cumplirá con lo establecido en la legislación vigente que, con carácter general y particular, resulte aplicable a la materia asegurativa.

b) Definiciones

1. A los efectos previstos en esta reglamentación, se considerarán “*denuncias*” a aquéllas presentadas por tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes, que pongan de manifiesto hechos concretos referidos a acciones u omisiones de las entidades aseguradoras y/o sus intermediarios que supongan, para quien las formula, un perjuicio para sus intereses o derechos emergentes derivados de la contratación efectuada, de la normativa vigente aplicable a la materia o de los usos y buenas prácticas relacionadas con la comercialización de los productos y servicios ofrecidos.

2. Se considerarán “*consultas*” las solicitudes de asesoramiento o requerimientos de simple información relativos a cuestiones de interés general o particular sobre la materia asegurativa; sobre los distintos cauces legales e institucionales previstos para su ejercicio, así como toda otra presentación que tenga como finalidad directa o indirecta determinar un eventual incumplimiento que lesione o restrinja los derechos del asegurado y/o beneficiario.

3. Tienen la consideración de “*usos y buenas prácticas en materia asegurativa*” aquellas que, sin resultar impuestas por la normativa aplicable o la relación contractual con las compañías y demás agentes de intermediación, son razonablemente exigibles para la gestión responsable, diligente y respetuosa con los asegurados.

Los reclamos de terceros ajenos a la relación asegurado/beneficiario-asegurador, deberán tramitarse por los pertinentes procedimientos administrativos, arbitrales o judiciales sobre la materia, resultando ajenos a la competencia establecida en la presente Resolución para el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

II) MODALIDADES GENERALES DE ACTUACIÓN SOBRE LAS CONSULTAS Y DENUNCIAS EFECTUADAS

El Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN tendrá a su cargo la tramitación de las consultas y denuncias que se presenten, y le corresponde recibir los escritos, reclamar la documentación e información relacionada, instruir las actuaciones y, en general, los actos concernientes a su trámite, así como redactar, en su caso, la propuesta de informe para su conclusión. Los requerimientos efectuados al organismo mediante oficios judiciales, se tramitarán ante la Gerencia de Asuntos Jurídicos de esta

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, de conformidad con la normativa aplicable sobre el particular.

Las actuaciones e informes a que den lugar las consultas y denuncias que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes no podrán ser objeto de recurso por parte de los mismos. Por ello, las consultas y denuncias que se formulen no obstarán ni afectarán, en su caso, los procedimientos administrativos, arbitrales o judiciales que puedan articular los mismos en el marco de la legislación vigente.

No será competencia del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN decidir ni pronunciarse sobre los daños y/o perjuicios que eventualmente haya podido ocasionar la conducta de la o las personas físicas o jurídicas denunciadas sometidas a supervisión de la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN. Lo expuesto, sin perjuicio del eventual acuerdo conciliatorio que, al respecto y sobre la cuestión planteada, puedan alcanzar el presentante y la o las personas físicas o jurídicas denunciadas en ocasión de su presentación.

III) RECEPCIÓN DE CONSULTAS Y DENUNCIAS

Podrán formular consultas o denuncias, personalmente o mediante representación, toda persona física o jurídica que esté debidamente identificada en su condición de tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes, y siempre que refieran a sus intereses y/o derechos legalmente reconocidos, derivados de la legislación vigente en la materia o de los contratos de seguros.

Toda documentación que se remita, o presentación que se efectúe ante el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN y que amerite su sustanciación o tramitación por la presente Resolución o restante normativa aplicable por esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, ingresará a través de la Mesa General de Entradas del Organismo. Con la presentación efectuada, se formará la actuación correspondiente, siguiendo las formalidades del sistema de registración que disponga la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN y que indique el titular del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado. Cada vez que deba remitirse una actuación a otra dependencia o área interna del Organismo, por razones de tramitación y/o consideración alguna para la resolución de las mismas, el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado elaborará un remito a través del Sistema SETRA registrando el pase de la actuación al área correspondiente, consignando los datos de la actuación, fecha y motivo de la remisión y todo otro dato que disponga oportunamente el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado. La constancia deberá ser suscripta por responsable o agente individualizado de la dependencia receptora. El mismo procedimiento deberá ser efectuado por el área respectiva una vez que devuelva las actuaciones al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado.

IV) INGRESOS

Las actuaciones podrán iniciarse y/o ingresar al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado a través de las siguientes vías:

1) Forma personal: En estos casos la consulta o denuncia será presentada personalmente por el tomador, asegurado, beneficiario y/o derechohabiente. Se ingresará por la Mesa de Entradas, formándose la actuación correspondiente.

Las presentaciones deberán contener:

a) Nombre, apellido y domicilio del presentante, así como su carácter (tomador/asegurado/beneficiario/derechohabiente);

b) Nombre y apellido o razón social de la o las personas o entidades a que refiera la cuestión planteada, así como su domicilio a efectos de eventuales notificaciones;

c) Los antecedentes y las circunstancias del caso y motivo de la presentación, así como las dudas que, en su caso, suscite la normativa aplicable.

d) Toda documentación respaldatoria en poder del presentante.

e) Los demás datos o elementos que puedan contribuir a la formación de opinión sobre la cuestión planteada o resolución del caso.

De haberse omitido en la presentación la consignación de alguno de los literales precedentes, necesarios para la respuesta o tratamiento del caso, se le requerirá al presentante su subsanación, bajo apercibimiento de no proceder al tratamiento de su consulta o denuncia.

En ningún caso se aceptará documentación en original para su tramitación. El denunciante deberá acompañar copia respectiva de la documentación original que desee presentar o se le requiera, para su respectivo cotejo por parte del personal del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado y su posterior devolución al presentante.

2) Carta postal o fax: Los antecedentes ingresarán por la Mesa de Entradas del Organismo para la formación de la actuación correspondiente, previo visado por personal del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado. De tratarse de una simple consulta, será evacuada al presentante por el mismo medio en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles. De ameritar su tratamiento bajo la modalidad de denuncia, conforme la definición de la presente Resolución, se le requerirá su ratificación ulterior, así como el agregado de la documentación pertinente y, de resultar necesario, la subsanación de algunos de los requisitos omitidos previstos en el numeral anterior.

3) Vía telefónica o correo electrónico: Las consultas que se efectúen a través del servicio de asesoramiento telefónico "0-800-666-8400" serán, de resultar ello posible, evacuadas en el mismo momento. De no resultar ello posible, se tomarán los datos del requirente y el motivo detallado de su consulta. Hecha con posterioridad la consulta correspondiente, por parte del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, a la dependencia pertinente de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN y en un plazo máximo de tres (3) días hábiles, se contactará al requirente nuevamente para evacuar su consulta.

Idéntico procedimiento regirá cuando una consulta sea cursada por correo electrónico al servicio de asesoramiento electrónico

"consultasydenuncias@ssn.gob.ar" del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado.

4) Otras Actuaciones: En caso de distintos requerimientos, comunicaciones judiciales, presentaciones de otros organismos públicos o privados,

Asociaciones de Consumidores, entre otras.; dirigidas preliminarmente al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, serán recibidas a través de la Mesa de Entradas de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN para la formación de la actuación correspondiente y luego las responderá o remitirá para su responde o trámite, según su tenor y naturaleza, al área o dependencia respectiva del Organismo que indique el titular o responsable autorizado del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado.

V) TRATAMIENTO DE CONSULTAS Y DENUNCIAS

1) ADMISIÓN: Las denuncias y/o presentaciones efectuadas por presuntas infracciones a la normativa vigente en materia asegurativa serán evaluadas –en cuanto a su procedencia- por personal del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, que determinará si las mismas quedan comprendidas para su tratamiento dentro de la competencia del Organismo. Para ello y de resultar necesario, podrá requerirse dictamen u opinión de la Gerencia de Asuntos Jurídicos de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN o de otra dependencia pertinente de la misma.

CONSULTAS

De resultar de competencia del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, se realizará su evaluación en forma preliminar y de consistir la presentación en un requerimiento de simple información o asesoramiento, será respondida al presentante notificándosela al domicilio consignado en la presentación, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles. Cumplida la diligencia se archivarán las actuaciones.

DENUNCIAS

Para la admisión y tramitación de denuncia ante el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado deberá acreditarse haberla formulado previamente ante el “Servicio de Atención al Asegurado” de la entidad aseguradora y no haber obtenido –en tiempo y forma- respuesta satisfactoria por parte de la misma.

Excepcionalmente, y por motivos fundados, se tomará la denuncia -sin haber pasado previamente por el Servicio de Atención al Asegurado-, al solo efecto de ser recibida y remitida –en copia- para su tratamiento originario por el Servicio de Atención al Asegurado de la entidad aseguradora involucrada.

De constituir la presentación efectuada una denuncia -en los términos de la definición efectuada al respecto en el presente reglamento y habiéndose agotado previamente el plazo y los procedimientos previstos ante la entidad aseguradora sin resultado positivo, el titular o funcionario autorizado del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado designará un responsable o agente que intervendrá en el tratamiento de las actuaciones.

No se admitirá el trámite de denuncias:

a) Cuando se omitan datos esenciales para su tramitación, no subsanables, incluidos los supuestos en los que no se determine con exactitud el motivo de la denuncia o no se acredite que ha transcurrido el plazo de treinta (30) días hábiles desde la fecha de presentación ante el “Servicio de Atención al Asegurado” de las aseguradoras sin que haya sido resuelta, o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente la petición.

- b) Cuando se pretenda tramitar como denuncias cuestiones que no importen infracción o incumplimiento contractual o a la normativa vigente en materia asegurativa, y cuyos recursos o acciones resulten competencia de los órganos administrativos, arbitrales o judiciales correspondientes.
 - c) Cuando los hechos, fundamentos o solicitudes en que se basen las cuestiones objeto de las denuncias no se refieran a relaciones contractuales concretas o sean distintos de los aducidos ante el “Servicio de Atención al Asegurado” de las aseguradoras.
 - d) Cuando se articulen como denuncias, las consultas sobre derechos del asegurado o sobre los cauces legales existentes para su ejercicio, sin perjuicio de que se acuerde su tramitación como simple consulta.
- Cuando no resulte admisible el trámite de las denuncias por alguna de las causales indicadas, se pondrá en conocimiento del interesado el motivo del rechazo y se procederá al archivo de las actuaciones.

2) TRAMITACIÓN

Una vez que se proceda a la apertura de la respectiva actuación, en el plazo de diez (10) días hábiles, se informará al presentante que su trámite:

- a) No paralizará la resolución y tramitación de los correspondientes procedimientos ni suspenderá o interrumpirá los plazos establecidos para el ejercicio de acciones o derechos que, de conformidad con la legislación vigente, puedan ejercitar los presentantes o terceros interesados.
- b) Que el presentante no revestirá el carácter de “parte” a los fines de las actuaciones, no pudiendo entablar en consecuencia recurso alguno contra la resolución adoptada en su caso.
- c) Que sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, en su caso y de corresponder, se arbitrará una instancia de tipo conciliatoria en las actuaciones, que tendrá por finalidad resolver la cuestión planteada, una vez obtenida la respuesta preliminar del planteo efectuado por parte de la entidad denunciada. Dentro de dicho plazo se remitirá también a la entidad contra la que se dirija, una nota con la descripción y copia de la denuncia, para que en el plazo de diez (10) días hábiles presente las alegaciones, documentación y demás consideraciones que considere pertinentes sobre la cuestión planteada, sin perjuicio de las facultades del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado para recabar directamente de las entidades reclamadas la información precisa para un adecuado conocimiento de la denuncia presentada. La falta de respuesta en tiempo y forma al requerimiento efectuado, podrá importar presunción en su contra respecto de los hechos y extremos alegados en la presentación.

Cuando las alegaciones, documentación y demás consideraciones efectuadas por los Servicios de Atención al Asegurado resultaran insuficientes para el análisis del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, podrá requerirse complementariamente acompañar información adicional, por el plazo perentorio de cinco (5) días hábiles, y bajo apercibimiento de iniciar las actuaciones sumariales que pudieran corresponder.

El Servicio de Atención al Asegurado podrá solicitar un único pedido de prórroga por actuación, con el objeto de cumplir íntegramente con los requerimientos solicitados por el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado. Dicho pedido de prórroga, deberá ser debidamente fundamentado y realizado con no menos de dos (2) días hábiles de antelación

a la fecha de vencimiento del plazo correspondiente al requerimiento. Atendiendo a las razones expuestas, el Organismo resolverá sobre su concesión y extensión.

3) INSTANCIA CONCILIATORIA

Sin perjuicio de las consideraciones que efectúe la entidad requerida en su contestación, según el tenor y la naturaleza de la cuestión planteada se arbitrará una instancia de avenimiento, de tipo conciliatoria, entre el presentante y la o las personas físicas o jurídicas denunciadas, con la finalidad de hallar solución a la cuestión planteada, excepto que se hubiese consignado expresamente en la presentación efectuada la intención de no conciliar y que, en su caso, se apliquen a la o las personas físicas o jurídicas denunciadas las sanciones que pudieren corresponder, en cuyo caso se tendrá por agotada la instancia conciliatoria. Idéntico procedimiento corresponderá si en su alegato o respuesta, la entidad o persona denunciada manifestara inequívocamente su voluntad de no conciliar la cuestión planteada.

El agente designado podrá agotar distintas modalidades de avenimiento entre el reclamante y la o las partes reclamadas, ya sea en forma presencial o a distancia, disponiendo en su caso y al efecto de su facilitación, audiencias respectivas a celebrarse en sede del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado. Las citaciones en tal caso serán cursadas a los teléfonos, domicilios o correos electrónicos consignados y/o constituidos en las presentaciones, con no menos de setenta y dos (72) horas de anticipación a la fecha de la audiencia que se disponga.

Previo a la celebración de la audiencia de conciliación el responsable podrá requerir, de estimarlo procedente, que el denunciante amplíe o aclare los términos de su denuncia.

De acuerdo a instrucciones recibidas y en caso de considerarse conveniente, también se podrá intentar la conciliación telefónica y/o por otros medios hábiles que el responsable del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado indique. Ante la falta de acuerdo en estos casos, corresponderá continuar el trámite habitual previsto en la presente reglamentación.

a) Celebración de la Audiencia

En oportunidad de la audiencia de conciliación, el responsable efectuará una reseña del caso y escuchará al denunciante y al denunciado, que podrá concurrir por sí o a través de un representante, con poder suficiente. No será necesario que el denunciante ni el denunciado concurren con patrocinio letrado.

Si en el mismo acto los comparecientes arribaran a un acuerdo conciliatorio, se elaborará el acta respectiva, la que contendrá los términos del acuerdo en forma clara y precisa y que será suscripta por éstos. En tal caso el acuerdo será homologado por Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, habilitando dicho extremo la finalización y el archivo de las actuaciones. Idéntico efecto importará el desistimiento del denunciante, sea que lo formule antes, durante o con posterioridad al trámite de las audiencias de conciliación dispuestas.

En caso de que el desistimiento de la denuncia por parte del presentante se realice por medio de fax, e-mail, correo postal, nota de terceros, etc., el responsable de las actuaciones deberá solicitar al denunciante que lo ratifique en un plazo de cinco (5) días hábiles, haciéndole saber que en caso de silencio

se tendrá por ratificado el desistimiento y se procederá al archivo de las actuaciones.

Lo expuesto, sin perjuicio de considerar en caso de verificarse en la presentación efectuada conductas que pudieran comprometer el interés general de los asegurados o el orden público en materia asegurativa, el inicio de las correspondientes actuaciones de oficio.

Además, en caso de desistimiento de los interesados, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias o de otro orden que correspondan, se podrá formular a la o las entidades denunciadas las indicaciones que se estimen pertinentes.

b) Ausencia de Alguno de los Citados. Si alguno o todos los citados a la audiencia de conciliación incomparecieren a la misma en forma injustificada, transcurridos treinta (30) minutos de la hora de convocatoria, el responsable a cargo de las actuaciones procederá a elaborar el acta respectiva, en la que se dejará constancia de las incomparecencias que se hubieren producido, pudiendo según el caso determinar el trámite de una nueva audiencia o que prosigan las actuaciones según su estado, clausurando la instancia conciliatoria.

4) CONCLUSIÓN DE LAS ACTUACIONES

Si finalmente no se llegara a un acuerdo, las actuaciones quedarán en situación de resolver.

Según el estado y las constancias obrantes; y si de acuerdo a la complejidad o grado de dificultad de las mismas resultase necesaria –para una mejor resolución de las actuaciones- la opinión o la emisión de dictamen técnico-jurídico sobre la materia o cuestión planteada, podrá requerirse la colaboración en tal sentido a las restantes Gerencias del Organismo con el objeto de permitir una pronta y adecuada respuesta al denunciante. Al efecto, el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado les solicitará el requerimiento pertinente, en forma clara y concisa y remitirá las actuaciones a la dependencia para su tratamiento y consideración.

La opinión o dictamen que se emita se agregará al trámite de las actuaciones y las mismas serán devueltas a la unidad remitente para su prosecución.

Lo expuesto, sin perjuicio de las consultas o el asesoramiento que -regularmente y de ordinario- requiera el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado a las distintas áreas o Gerencias del Organismo, para su mejor funcionamiento, y que podrán efectuarse de manera informal.

Emitido, en su caso, el informe solicitado y si de la evaluación general de las actuaciones no surgiese infracción a la normativa vigente o a las previsiones contractuales establecidas con el asegurado o demás interesados, se desestimaré la presentación efectuada mediante auto fundado, que se notificará al presentante y a la o las personas físicas o jurídicas denunciadas. La decisión recaída tendrá carácter informativo, no tendrá la consideración de acto administrativo y el interesado no podrá entablar recurso alguno contra ella. Cumplida la diligencia de notificación, se procederá al archivo de las actuaciones sin más trámite.

Caso contrario, de evidenciarse de la presentación efectuada, de las constancias obrantes o, en su caso, del dictamen técnico-jurídico solicitado presuntas infracciones a la normativa vigente o a las previsiones contractuales establecidas con el presentante, las actuaciones serán remitidas a la Gerencia

de Asuntos Jurídicos de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN para su tratamiento y consideración y a efectos del juzgamiento administrativo de las eventuales infracciones o irregularidades denunciadas. De resultar sancionadas la o las personas físicas o jurídicas denunciadas, dicho extremo servirá de antecedente administrativo para eventuales reclamos judiciales o arbitrales del presentante.

5) CONSIDERACIONES FINALES:

ARCHIVOS

Todas las actuaciones que se sustancien en el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado bajo los términos de la presente Resolución o sus reglamentaciones, serán archivadas en la misma dependencia, a excepción de las actuaciones remitidas para su tratamiento y consideración a la Gerencia de Asuntos Jurídicos de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN o a otras Gerencias del Organismo.

El archivo de las actuaciones propias tendrá lugar en los siguientes casos:

- a) Desestimación de la denuncia, archivándose el expediente original.
- b) Declaración de incompetencia del organismo, archivándose el expediente original.
- c) Celebración de acuerdo conciliatorio homologado por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, archivándose el expediente original.
- d) Desistimiento del denunciante, archivándose el expediente original.
- e) Demás contestaciones de notas, requerimientos, comunicaciones judiciales y de otros organismos públicos o privados, archivándose en estos casos las actuaciones originales.

CONTROL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO DE ACTUACIONES

En cada etapa del procedimiento y previo a la remisión, en su caso, de las actuaciones a otra área o Gerencia del Organismo para su prosecución o solicitud de opinión, se tendrá en cuenta respecto de la actuación:

- a) Si se encuentran debidamente cumplidas las distintas etapas y diligencias que indique la presente Resolución y, en su caso, normas complementarias, para la tramitación de consultas y denuncias de asegurados y demás interesados, según su estado, tanto en el plano formal (agregación de documentación, acumulación de referentes, firmas, sellos, foliatura, etc.), como en el orden sustancial.
- b) Otros controles de legalidad, en particular los que hagan al derecho de defensa de las partes involucradas.

En caso de que de los controles técnicos realizados surgiera que no se ha cumplido correctamente con algún requerimiento del procedimiento, las actuaciones deberán ser devueltas al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado a fin de subsanar el defecto.

INSTRUCTIVO DE FIRMA

El titular designado al frente del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado dictará oportunamente un instructivo de firma simple a efectos de designar a los funcionarios o agentes designados y afectados al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado que suscribirán las providencias simples y diligencias de mero trámite que hagan a la prosecución y sustanciación de las actuaciones.

RESERVA DE ACTUACIONES

Cuando las circunstancias del caso lo ameriten, el titular del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado podrá disponer el apartamiento de las pautas contenidas en este Instructivo a efectos del tratamiento de determinadas actuaciones, guardándose siempre el debido proceso.

OTRAS OBLIGACIONES LEGALES

Cuando en la etapa de admisión, o en cualquier momento durante la tramitación de las actuaciones se advirtiera que los hechos denunciados pueden constituir la eventual comisión de un delito de acción pública o infracción a otro régimen legal, cuyo contralor resulte de competencia de otro organismo gubernamental, se remitirán los antecedentes de la actuación a la Gerencia de Asuntos Jurídicos para su análisis y, en caso de corresponder, su presentación a la Justicia Penal u organismos competentes, sin perjuicio del marco de actuación propia que corresponda al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, en el ámbito de sus facultades y atribuciones.

(Nota del editor: Anexo I texto s/art. 3º de la Res. 37.588)

ANEXO II

ENTIDAD ASEGURADORA:

I. Datos del Responsable del Servicio de Atención al Asegurado

Apellido y Nombre:

Cargo:

Poder :

Documento de Identidad:

Teléfono Celular:

Domicilio Laboral: Calle Nº

Piso Oficina Teléfono

Correo Electrónico:

II. Antecedentes Laborales

(3 últimas posiciones indicando empresa, puesto y función):

a.

b.

c.

III. Declaro conocer las disposiciones legales y reglamentarias vinculadas a la actividad aseguradora y que realizaré mi tarea de acuerdo con el contenido de la Comunicación SSN Nº

.....

Firma del Responsable del Servicio de Atención al Asegurado

ENTIDAD ASEGURADORA:

I. Datos del 1º Asistente del Servicio de Atención al Asegurado

Apellido y Nombre:

Cargo:

Poder :

Documento de Identidad:

Teléfono Celular:

Domicilio Laboral: Calle Nº

Piso Oficina Teléfono

Correo Electrónico:

II. Antecedentes Laborales

(3 últimas posiciones indicando empresa, puesto y función):

- a.
- b.
- c.

III. Declaro conocer las disposiciones legales y reglamentarias vinculadas a la actividad aseguradora y que realizaré mi tarea de acuerdo con el contenido de la Comunicación SSN N°

.....
Firma del 1° Asistente del Servicio de Atención al Asegurado

ENTIDAD ASEGURADORA:

I. Datos del 2° Asistente del Servicio de Atención al Asegurado

Apellido y Nombre:

Cargo:

Poder :

Documento de Identidad:

Teléfono Celular:

Domicilio Laboral: Calle N°

Piso Oficina Teléfono

Correo Electrónico:

II. Antecedentes Laborales

(3 últimas posiciones indicando empresa, puesto y función):

- a.
- b.
- c.

III. Declaro conocer las disposiciones legales y reglamentarias vinculadas a la actividad aseguradora y que realizaré mi tarea de acuerdo con el contenido de la Comunicación SSN N°

.....
Firma del 2° Asistente del Servicio de Atención al Asegurado

(Nota del editor: Anexo II texto s/art. 3° de la Res. 37.588)

RESOLUCIÓN N° 37.588

COMUNICACIÓN 3.613 (5/6/2013)

ARTÍCULOS 1° a 4° inc.: incorporados a la Resolución 35.840

ARTÍCULO 5°.- Deberá exhibirse en la casa matriz y en todas las sucursales y agencias de las entidades aseguradoras -con excepción de

las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo- un aviso al ingreso principal del establecimiento, de manera visible y destacada, que contenga el siguiente texto:

Servicio de Atención al Asegurado

La compañía de seguros dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.

Dicho Servicio está integrado por:

RESPONSABLE (Apellido y Nombre)

1º ASISTENTE (Apellido y Nombre)

2º ASISTENTE (Apellido y Nombre)

ARTÍCULO 6º.- En la página web de las entidades aseguradoras -con excepción de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo- se deberá incluir en forma visible, la mención sobre la existencia del Servicio de Atención al Asegurado, detallando la siguiente información:

La compañía de seguros dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes, y los tramitará en un plazo máximo de 30 días hábiles desde su presentación.

De transcurrir el plazo sin que haya sido resuelto, o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. Dirigiéndose a: Julio A. Roca 721 (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs, o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400, o por correo electrónico a: consultasydenuncias@ssn.gob.ar

Dicho Servicio está integrado por:

RESPONSABLE (Apellido y Nombre)

1º ASISTENTE (Apellido y Nombre).

2º ASISTENTE (Apellido y Nombre)

ARTÍCULO 7º.- La publicidad, promoción y/o difusión de los servicios que las entidades de seguros, productores asesores de seguros y agentes institorios efectúen a los asegurados y usuarios por cualquier medio de comunicación, gráfico, digital, radial o televisivo, deberá incluir: 1) el servicio telefónico de la Superintendencia de Seguros de la Nación 4338-4000 o 0-800-666-8400; 2) la página web de este Organismo: (www.ssn.gob.ar) y 3) el número de inscripción en el registro correspondiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 8º.- Las entidades aseguradoras contarán con un plazo de sesenta (60) días hábiles, desde la entrada en vigencia de la presente Resolución, para cumplimentar las disposiciones comprendidas en los artículos 5º a 7º.

ARTÍCULO 9º.- Las entidades aseguradoras contarán con idéntico plazo al

establecido en el artículo anterior, para adecuarse a lo dispuesto en los puntos 2 y 7 del apartado I del artículo 5° de la Resolución SSN N° 35.840, conforme el texto sustituido por el artículo 2° de la presente Resolución.

ARTÍCULO 10°.- La presente Resolución entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial. (**)

ARTÍCULO 11°.- Regístrese, comuníquese y publíquese en el Boletín Oficial.

NOTAS:

(*): Texto ordenado, versión no oficial y subrayados propios del editor, para más rápida ubicación temática.

(): La Resolución 37.588 fue publicada en el Boletín Oficial del 10/6/2013 y la Resolución 37.658 en el B.O. del 24/7/2013**