COMUNICACIÓN SSN 3612 30/05/2013

Circular SSN Reg 217

SINTESIS: Siniestros y reclamos derivados de las inundaciones acaecidas durante el mes de abril de 2013.

A las Entidades Aseguradoras:

Ante los sucesos de público conocimiento relacionados con las inundaciones ocasionadas por las intensas lluvias en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, y a partir de la información suministrada por las entidades conforme lo requerido a través de las Comunicaciones SSN Nº 3518 y Nº 3539 de fechas 03/04/13 y 19/04/13, respectivamente, esta Superintendencia requiere ampliar y actualizar la información relativa a los siniestros, conforme a los siguientes plazos:

Las entidades deberán presentar, teniendo como fecha límite el día 10 de junio de 2013, en carácter de declaración jurada, la actualización del stock de siniestros al 29 de mayo de 2013 inclusive.

La información reseñada en el párrafo precedente se deberá presentar conforme los formularios que como Anexo I y II integran la presente.

LA PRESENTE COMUNICACIÓN CONTIENE 1 PÁGINA Y 2 ANEXOS DE 2 PÁGINAS CADA UNO, CIRC. ANT. IDENT. Nº **8199**

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
Av. Pte. Julio Argentino Roca 721 – (C1067ABC) – BUENOS AIRES – ARGENTINA
Tel.: (0054) 011 - 4338-4000 (Lineas Rotativas) Fax: Int. 1203-1504-1602-1729-1802-1919
Stand de Atención al Público – Planta Baja (Int. 1013 - Horario 10:30 a 17:30 hs.) Sitio en Internet: www.ssn.gov.ar

ANEXO I

La Entidades deberán presentar en carácter de declaración jurada firmada por el presidente de cada entidad, en papel y medio digital (archivo.xls) la siguiente información:

Seguro Automotor

Nº Campo	Descripción del Campo	Contenido del Campo
1	Nro de Póliza	
2	Dominio del Vehículo	
3	Cobertura contratada	1 = Casco Incluye Daño Parcial
		2 = Casco NO Incluye Daño Parcial
		3 = Responsabilidad civil
4	Suma Asegurada de la póliza	En pesos, sin separador de miles, sin decimales.
5	Apellido del reclamante	
6	Nombre del reclamante	
7	Tipo de documento	
8	Nro de documento	
9	Carácter del denunciante	1 = Titular
		2 = NO Titular
10	Codigo de seguimiento / NUP	
11	Nro de Siniestro	
12	Fecha de ocurrencia del siniestro	Formato DDMMAAAA
13	Fecha de denuncia del siniestro	Formato DDMMAAAA
14	Lugar de ocurrencia del siniestro	1= La Plata
		2= Ciudad de Bs. As.
		3= Resto Prov. Bs. As.
15	Código postal del lugar de ocurrencia del siniestro	
16	Cobertura afectada (hecho generador)	1= Daño Total
		2= Daño Parcial
		3= Otros
17	Estado del Siniestro	1 = En trámite (1)
		2= Indemnizado totalmente

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
Av. Pte. Julio Argentino Roca 721 – (C1067ABC) – BUENOS AIRES – ARGENTINA
Tel.: (0054) 011 - 4338-4000 (Lineas Rotativas) Fax: Int. 1203-1504-1602-1729-1802-1919
Stand de Atención al Público – Planta Baja (Int. 1013 - Horario 10:30 a 17:30 hs.) Sitio en Internet: www.ssn.gov.ar

		3= Rechazado [2]
		4= Liquidado pendiente de pago [3]
18	**Motivos de Estado "en trámite" (estado del siniestro =1)**	1= El asegurado no presentó la documentación requerida
		2= La entidad aun está evaluando el siniestro
		3= Otro motivo (especificar)
19	**Motivos de Estado "rechazado" (estado del siniestro =3)**	1= Falta de cobertura
		2= Falta de cobertura financiera [4]
		3= No supera la franquicia
		4= Otro motivo (especificar)
20	**Monto Reservado**	En pesos, sin separador de miles, sin decimales.
21	**Monto Pagado a la fecha**	En pesos, sin separador de miles, sin decimales.
22	**Fecha de último pago**	Formato DDMMAAAA

(1) Completar campo 18.

(2) Completar campo 19.

(3) Incluye tanto siniestros con pagos parciales como a los que se encuentran pendientes de indemnización (no se han realizado pagos aún)

(4) Cobertura no vigente por falta de pago

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
Av. Pte. Julio Argentino Roca 721 – (C1067ABC) – BUENOS AIRES – ARGENTINA
Tel.: (0054) 011 - 4338-4000 (Lineas Rotativas) Fax: Int. 1203-1504-1602-1729-1802-1919
Stand de Atención al Público – Planta Baja (Int. 1013 - Horario 10:30 a 17:30 hs.) Sitio en Internet: www.ssn.gov.ar

ANEXO II

II. Seguro Combinado del Hogar e Integral de Comercio

Nº Campo	Descripción del Campo	Contenido del Campo
1	Fecha de ocurrencia de Siniestro	Formato DDMMAAAA
2	Fecha de denuncia de Siniestro	Formato DDMMAAAA
3	Nro de Siniestro	
4	Apellido del reclamante	
5	Nombre del reclamante	
4	Tipo de documento	
5	Nro de documento	
6	Carácter del denunciante	1 = Titular
		2 = NO Titular
7	Nro de Póliza	
8	Tipo de póliza	1= Combinado familiar
		2= Integral de comercio
9	Cobertura afectada	1= Inundación
		2= Incendio
		3= Cristales
		4= Daños por agua
		5= Robo
		6= Seguro técnico
		7= Otros
10	Acto administrativo aprobatorio	
11	Lugar de ocurrencia del siniestro	1= La Plata
		2= Ciudad de Bs. As.
		3= Resto Prov. Bs. As.
12	Código postal del lugar de ocurrencia del siniestro	
13	Domicilio Bien Asegurado	
14	Suma Asegurada de la póliza (total)	
15	Estado del Siniestro	1 = En trámite (1)
		2= Indemnizado totalmente
		3= Rechazado (2)

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
Av. Pte. Julio Argentino Roca 721 – (C1067ABC) – BUENOS AIRES – ARGENTINA
Tel.: (0054) 011 - 4338-4000 (Lineas Rotativas) Fax: Int. 1203-1504-1602-1729-1802-1919
Stand de Atención al Público – Planta Baja (Int. 1013 - Horario 10:30 a 17:30 hs.) Sitio en Internet: www.ssn.gov.ar

		4= Liquidado pendiente de pago (3)
16	**Motivos de Estado "en trámite" (estado del siniestro =1)**	1= El asegurado no presentó la documentación requerida
		2= La entidad aun está evaluando el siniestro
		3= Otro motivo (especificar)
17	**Motivos de Estado "rechazado" (estado del siniestro =3)**	1= Falta de cobertura
		2= Falta de cobertura financiera (4)
		3= Otro motivo (especificar)
18	**Monto Reservado**	En pesos, sin separador de miles, sin decimales.
19	**Monto Pagado a la fecha**	En pesos, sin separador de miles, sin decimales.
20	**Fecha de último pago**	Formato DDMMAAAA

(1) Completar campo 16.

(2) Completar campo 17.

(3) Incluye tanto siniestros con pagos parciales como a los que se encuentran pendientes de indemnización (no se han realizado pagos aún)

(4) Cobertura no vigente por falta de pago

Dicha información, de acuerdo al mismo formato de las remisiones anteriores, deberá ser presentada a la Subgerencia de Relaciones con la Comunidad, y el archivo en formato .xls deberá ser informado vía mail a estudios@ssn.gob.ar. Asimismo para cualquier consulta respecto de la presente, deberán comunicarse al 4338.4000 (int. 1012).-

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
Av. Pte. Julio Argentino Roca 721 – (C1067ABC) – BUENOS AIRES – ARGENTINA
Tel.: (0054) 011 - 4338-4000 (Lineas Rotativas) Fax: Int. 1203-1504-1602-1729-1802-1919
Stand de Atención al Público – Planta Baja (Int. 1013 - Horario 10:30 a 17:30 hs.) Sitio en Internet: www.ssn.gov.ar