



BUENOS AIRES, - 9 ABR 2015

VISTO el Expediente N° 61.143 del Registro de ésta
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, y

CONSIDERANDO:

Que el expediente de la referencia se inicia a raíz de un análisis elaborado por la Subgerencia de Relaciones con la Comunidad sobre una serie de denuncias ingresadas contra ACE SEGUROS S.A., en las que los reclamos obedecían a las coberturas brindadas por la aseguradora donde los asegurados desconocían su contratación.

Que el análisis llevado a cabo por la Subgerencia actuante consistió en seleccionar VEINTICINCO (25) casos testigos de dicha aseguradora y seguidamente procedió a requerirle al Servicio de Atención al Asegurado que acompañe, en cada caso, copias de: las pólizas completas, con sus correspondientes condiciones generales y particulares; la documentación fehaciente que acredite la contratación del seguro y el consentimiento brindado por el asegurado; fecha de envío y recepción de las pólizas correspondientes, adjuntando en cada caso, copia de la documentación respaldatoria.

Que de la información acumulada la Subgerencia actuante se expidió mediante el informe obrante a fs. 420/438, donde observó que en relación a las pólizas solicitadas se remitieron DOCE (12) pólizas en total; NUEVE (9) individuales y TRES (3) colectivas.

Que las NUEVE (9) pólizas individuales corresponden a SEIS (6) actuaciones (en TRES (3) casos se remitieron DOS (2) pólizas por asegurado, ya que pertenecen a DOS (2) seguros distintos).

Que las TRES (3) pólizas colectivas corresponden a CENCOSUD S.A, COTO CIC S.A y BANCO COLUMBIA S.A.

Que en relación al contenido de las pólizas se pudo observar que ninguna de ellas posee la fecha de emisión, el CUIT, CUIL o DNI del asegurado, número de proveído (número de acto administrativo mediante el cual la SSN aprueba el plan

✓

CP



para operar).

Que tanto en el caso de la póliza colectiva de COTO CIC S.A, como en el caso de la póliza colectiva de CENCOSUD S.A, figuran como PAS sendas sociedades de igual denominación que las sociedades tomadoras, sin constar matrículas de las supuestas productoras.

Que lo expuesto resulta violatorio de lo dispuesto en los puntos 25.1, 25.1.1, 25.1.1.1 incisos a), b), k) y n), del REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (t.o. según Resolución SSN N° 21.523) y los Artículos 68 y 69 de la Ley N° 20.091.

Que en relación a los certificados, se remitieron DIECISIETE (17) en total, de los cuales DIEZ (10) son de incorporación y SIETE (7) de cobertura.

Que con respecto a los Certificados de Cobertura, no se acompaña la leyenda: "ADVERTENCIA AL ASEGURADO: El presente es un instrumento provisorio. Dentro de los QUINCE (15) días corridos, contados a partir de su fecha de emisión, la aseguradora deberá entregar la póliza respectiva". Además no poseen el membrete de la compañía.

Que, en este sentido, se infringió lo dispuesto de los puntos 25.2 y 25.2.4, del REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (t.o. según Resolución SSN N° 21.523).

Que con referencia a los Certificados de incorporación, DOS (2) de ellos contienen un mismo número de póliza, con la particularidad que dicho número no coincide con el correspondiente a las pólizas a las que supuestamente pertenecerían, según el requerimiento contestado por la compañía; otros OCHO (8) certificados de incorporación no poseen el número de póliza respectivo; y DIEZ (10) certificados no poseen la fecha de emisión y fin de cobertura.

Que se observa que todos los asegurados a la póliza colectiva de compra protegida (CENCOSUD S.A), lo son a su vez a la póliza colectiva de accidentes personales (COTO CIC. S.A). Asimismo, esa Subgerencia advirtió que se acompaña para cada caso un certificado que hace referencia a DOS (2) pólizas colectivas distintas. Con lo cual faltaría, cuanto menos, un certificado por asegurado.

Que por todo lo expuesto, cabe concluir que se incurrió en violación a lo

✓



dispuesto por el REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (t.o. según Resolución SSN N° 21.523), en los puntos 25.3, y 25.3.1 incisos a), c), y d).

Que en relación a la documentación fehaciente que acredite la contratación del seguro y el consentimiento brindado por el asegurado de las VEINTICINCO (25) actuaciones, la entidad acompaña documentación correspondiente a OCHO (8) de ellas. De esto surge que no se remite la correspondiente información de los DIECISIETE (17) casos restantes, por lo que cabría inferir que no existió manifestación del consentimiento del asegurado en tales actuaciones.

Que la falta de presentación de la información requerida constituye una infracción a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley N° 20.091.

Que con respecto a la contratación de los productos a través del sistema de telemarketing, luego de un análisis minucioso de las grabaciones de audio, se detecta una falta de manifestación expresa de consentimiento por parte del asegurado, al no haber una oferta o propuesta concreta por parte del vendedor de seguro y, en consecuencia, tampoco una aceptación.

Que ello evidencia la falta de uno de los requisitos fundamentales del contrato de seguro, como es el consentimiento, infringiendo lo establecido en el Artículo 4° de la Ley N° 17.418, como así también el Artículo 57 de la Ley N° 20.091.

Que de estos audios surge que el costo del producto varía entre la suma de DOS (2) y SEIS (6) pesos, cuando el débito que se realiza es de un monto que varía entre los CUARENTA (40) y NOVENTA (90) pesos según el caso.

Que este accionar por parte de la compañía fue la causa que derivó en los reclamos de los asegurados, desconociendo estos últimos la relación contractual y exigiendo el reintegro de tales sumas.

Que en relación a la fecha de envío y recepción de las pólizas, de las VEINTICINCO (25) actuaciones, se remitió documentación referida a NUEVE (9) actuaciones que acreditarían la recepción de la póliza, con lo que faltaría la documentación correspondiente a DIECISÉIS (16) actuaciones.

Que es necesario aclarar que los NUEVE (9) supuestos acuses de recibo

✓



de pólizas no revisten el carácter de tales, ya que estos serían constancias que surgen de un sistema de seguimiento informático propio de la empresa prestadora del servicio de correo postal y en consecuencia no serían válidos como acuses de recibo por parte del asegurado.

Que todo lo expuesto resulta violatorio de lo dispuesto en el REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (t.o. según Resolución SSN N° 21.523) en los Puntos 25.2, 25.2.1, 25.2.2.

Que la Gerencia Técnica y Normativa tomó intervención en lo que resultó materia de su competencia, expidiéndose mediante el informe obrante a fs. 439/440.

Que en primer término, dicha Gerencia evaluó el proceso aplicado por la entidad para la celebración de los contratos con los asegurados.

Que en tal sentido, la Gerencia opinante evaluó los elementos contractuales que aplica la entidad, concluyendo que las pólizas adolecen de información. En tal sentido, puede mencionarse la falta información relativa al acto administrativo por el cual fueron autorizados los planes.

Que se advierte que dicha conducta infringe lo dispuesto el Punto 23.4. del REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (t.o. según Resolución SSN N° 21.523).

Que la falta del acto administrativo impidió corroborar que las pólizas se ajustaran a los planes autorizados.

Que sin perjuicio de ello se advierten aspectos que llaman la atención, como ser que bajo un solo certificado de cobertura se agrupan coberturas que corresponderían a diferentes contratos, en donde se presentan coberturas de Accidentes Personales y de Daños.

Que además no figura el número de póliza a la que se adhieren los certificados emitidos.

Que bajo certificados de cobertura de Accidentes Personales se incluye coberturas de "Compra Protegidas"; adicionalmente a la combinación de las coberturas de accidentes personales y compra protegida se incorpora una cobertura denominada "Asistencia Odontológica para el Grupo familiar" con suma asegurada de PESOS UNO (\$ 1).

✓



Que esta suma carece de todo sustento técnico, por lo que la entidad deberá ampliar la información al respecto.

Que en las coberturas de Combinado Familiar de los asegurados SUÁREZ Fernando, FERNÁNDEZ Graciela y COCCALOTTO Néstor, los formularios de suscripción se encuentran en blanco.

Que en las Condiciones Particulares se enumeran Cláusulas y Anexos aplicables que no pueden relacionarse fácilmente con la póliza que se adjunta. Por otra parte en las pólizas de SUÁREZ Fernando y FERNÁNDEZ Graciela se listan coberturas adicionales que no tienen relación con el principal que es de combinado familiar -como por ejemplo, Jugadores de Golf u Hoyo en uno-, pudiendo no existir riesgo.

Que existe una cláusula de estabilización de Suma Asegurada, aplicable a pedido del asegurado, desconociéndose si la misma fue solicitada y el factor.

Que en virtud de todo lo hasta aquí expuesto se le imputó a ACE SEGUROS S.A. haber incurrido en ejercicio anormal de la actividad aseguradora previsto por el Artículo 58 de la Ley N° 20.091.

Que en consecuencia se procedió conforme el Artículo 82 de la Ley N° 20.091, presentando la aseguradora su descargo a fs. 453.

Que en lo sustancial, la aseguradora expresa que efectuarán las modificaciones correspondientes en el contenido de las pólizas, para mejorar la exposición del frente de póliza.

Que con respecto a la falta del acto administrativo, señala que se debe a que la carga del proveído en el frente de póliza se realiza en forma manual con el riesgo de omisión asociado a esta modalidad.

Que en relación a los certificados de cobertura, aclara que no emplea certificados de cobertura provisoria. Que se trata de certificados de incorporación, habiéndose empleado los términos certificado de incorporación, certificado de cobertura y certificado individual, según el plan aprobado correspondiente. Sin perjuicio de ello, se encuentra trabajando en la unificación de esas denominaciones, así como en la revisión del contenido de los mismos.

Que en cuanto a los certificados de incorporación, la aseguradora indica

✓



que en uno de ellos se hace mención a DOS (2) pólizas para simplificar la documentación recibida por el asegurado. Que esta situación ha sido corregida, emitiéndose en las nuevas operaciones un certificado por cada póliza.

Que en otro se menciona la inclusión de una cobertura adicional denominada "Asistencia Odontológica para el Grupo Familiar" con suma asegurada PESOS UNO (\$ 1). Que no se trata de una cobertura de seguro, sino de un servicio adicional brindado por una compañía de asistencia. Al asegurado se le informa de dicho servicio durante la venta y, posteriormente, se le envían las condiciones de los servicios.

Que en lo atinente al envío y recepción de las pólizas la entidad sostiene que el sistema de entrega implementado cumple con la exigencia establecida por el REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA, toda vez que prevé la asignación de un código de barras único a cada pieza a entregar; entrega de un informe en soporte gráfico y magnético con los resultados de las entregas; servicio de seguimiento web.

Que en relación a las observaciones formales efectuadas por la Gerencia Técnica y Normativa, la aseguradora menciona que los formularios de suscripción en blanco en coberturas de combinado familiar, se trata de formularios relacionados con el cumplimiento de la normativa de Prevención y Lavado de activos que se remiten junto con la póliza para ser completados por el asegurado.

Que en referencia a que en las condiciones particulares se enumeran cláusulas y anexos aplicables que no pueden relacionarse fácilmente con la póliza adjunta, tratándose de productos combinados, las codificaciones pueden resultar complejas dada la gran cantidad de coberturas involucradas.

Que en cuanto a las pólizas de SUAREZ, Fernando y FERNANDEZ, Graciela, en las cuales se listan coberturas adicionales que no tienen relación con el principal que es de combinado familiar, se trata de coberturas contempladas en distintos productos de combinado familiar a los cuales se ha adherido y son usualmente incluidas en las pólizas emitidas en el mercado.

Que en lo relacionado con la cláusula de estabilización de Suma Asegurada, refiere que buscan proteger al asegurado de forma tal que las sumas

✓

CF



Ministerio de Economía y Finanzas Públicas

Superintendencia de Seguros de la Nación

"2015 - AÑO DEL BICENTENARIO DEL CONGRESO DE LOS PUEBLOS LIBRES"

aseguradas resulten acordes al valor del bien protegido y no se vean desactualizadas, dejando en tales casos al asegurado desprotegido. Puntualmente, respecto al factor, el mismo se indica expresamente en el título de la misma, siendo que a partir de la póliza inteligente el mismo se exhibirá en el frente de póliza y se informa de ello al asegurado expresamente al momento de la contratación, pudiendo éste desistir de su inclusión.

Que en referencia a la infracción al Artículo 4° de la Ley N° 17.418 y el Artículo 57 de la Ley N° 20.091, informa que el consentimiento por parte de los asegurados sí existe, dado que, conforme surge de la conversación telefónica grabada al momento de la venta, los representantes de la entidad le detallan a los asegurados las distintas características de las coberturas, culminando con la confirmación de los datos y la notificación respecto del pronto envío de las pólizas o certificados, según el caso.

Que en cuanto a que el informe emitido por la Subgerencia de Relaciones con la Comunidad hace una mención a una divergencia entre el costo informado telefónicamente y el efectivamente debitado al asegurado, refiere que conforme surge de script de venta oportunamente remitido a este Organismo y que obra a fs. 326, el propósito es indicar el costo mensual de la cobertura y realizar, adicionalmente, una comparación de su equivalente diario con precios de bienes de consumo cotidiano, como ser galletitas o alfajores.

Que respecto del proceso de comercialización a través de telemarketing, señala la entidad que el mismo brinda información clara, precisa y adecuada sobre las coberturas y las condiciones esenciales del contrato de seguro adquirido por los asegurados telefónicamente a los efectos de que el asegurado pueda tener una comprensión adecuada de las mismas, conforme lo dispone el Artículo 42 de la Constitución Nacional y el Artículo 4° de la Ley N° 24.240. En este sentido, se encuentra trabajando para corregir todo punto que pueda implicar una confusión para el asegurado, a través de la revisión uno a uno de los scripts de venta y la profundización de los actuales controles realizados por la auditoría interna sobre los diversos canales de venta.

Que en lo que respecta a la presunta infracción a lo dispuesto por los



Artículos 58, 68 y 69 de la Ley N° 20.091, expone que no ha incurrido en el ejercicio anormal de la actividad aseguradora, que no ha generado una disminución de la capacidad económica-financiera del asegurador, ni ha creado un obstáculo real a la fiscalización.

Que por el contrario, en cada oportunidad en que le ha sido requerido, se ha presentado ante el Organismo regulador dando informes circunstanciados de cada reclamo explicando cuáles han sido los motivos por los que se vio en la necesidad de actuar de una manera determinada. Ello, sin perjuicio de destacar que ha adoptado las medidas necesarias para actuar conforme lo requerido por la Superintendencia, dentro del marco de sus posibilidades reales.

Que en orden al descargo efectuado por la aseguradora, se dio intervención a la Gerencia Técnica y Normativa, emitiendo la misma el informe obrante a fs. 455/456. En mismo expresa que con relación al proceso de comercialización utilizado por la aseguradora y sin perjuicio de los dichos expuestos por la misma, referido a que se encuentra en desarrollo un trabajo de revisión de los canales de comercialización a los efectos de mejorar el proceso de venta, se hace saber que se reiteran las observaciones formuladas.

Que asimismo resulta esencial que sean regularizadas las observaciones referidas a la omisión del acto administrativo en el frente de póliza.

Que, en relación a que bajo un certificado de incorporación se agrupan coberturas que corresponderían a diferentes contratos, dicha Gerencia también señaló que no se indica el número de póliza que corresponde a los certificados.

Que este aspecto resulta un apartamiento relevante, dado que a partir de ello se puede establecer bajo que condiciones se rige el contrato de seguros.

Que en cuanto al ofrecimiento de servicios adicionales, como ser asistencia odontológica para el grupo familiar, realizada por la aseguradora al momento de la venta, la misma no forma parte del objeto de la actividad aseguradora.

Que en lo referido a la oferta de seguros de combinados, se mantiene lo señalado en el punto cuarto del informe técnico de fs. 440, en referencia a que las cláusulas adicionales incorporadas se deben relacionar con la cobertura principal.

✓



Que este aspecto debe ser observado al momento de la comercialización, debiendo las cláusulas adicionales que se incorporen a la cobertura relacionarse con la cobertura principal; que de no ser así, podría estarse incorporando cláusulas en las que no exista riesgo.

Que atento lo expuesto, no resulta atendible lo señalado por la entidad en cuanto a que dichas cláusulas se encuentran autorizadas bajo el plan de combinado, dado que no es un elemento suficiente para su inclusión en un contrato, máxime si dichas cláusulas no se relacionan con la cobertura principal.

Que respecto al consentimiento brindado por los asegurados, el cual la aseguradora pretende tener por acreditado, de las conversaciones telefónicas grabadas no surgiría el mismo, conforme se ha indicado más arriba.

Que, en definitiva, la pretensión de la entidad en indicar que hubo consentimiento por parte de los asegurados resulta totalmente inadmisibles, toda vez que de los audios surge claramente una falta de manifestación expresa del consentimiento por parte de los asegurados, a través del empleo de medios incorrectos o susceptibles de inducir a engaño para la obtención de negocios, lo cual conlleva un menoscabo en sus derechos como usuarios de servicios.

Que puede afirmarse que la entidad no suministró información en forma clara y detallada, que le permita al consumidor conocer el negocio que se le ofrece y juzgar su conveniencia de acuerdo a sus intereses particulares.

Que, a mayor abundamiento, se puntualiza que la información que se le debe brindar al consumidor tiene que ser veraz (ajustada a la realidad), eficaz (útil para el mejor aprovechamiento de la cosa o servicio) y debe ser suficiente (debe darse toda la información para que ésta pueda ser eficaz).

Que por último, en lo que respecta a la infracción dispuesta en los Artículos 58, 68 y 69 de la Ley N° 20.091, de la documentación acompañada en autos, se puede observar que al no remitir la documentación requerida, dentro del marco de sus posibilidades reales, la entidad incurrió en un obstáculo real a la fiscalización.

Que los argumentos vertidos por la entidad fueron materia de un pormenorizado análisis por parte de la Gerencia de Asuntos Jurídicos, cuyo

✓



dictamen obra agregado a fs. 460/470, donde se concluye que los mismos no tienen entidad suficiente para conmovir los hechos y encuadres legales conferidos.

Que a los fines de la graduación de la sanción, debe tomarse en cuenta la gravedad de la conducta desarrollada y los antecedentes sancionatorios de la entidad.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos se ha expedido a través del dictamen obrante a fs. 460/470, el que forma parte integrante de la presente Resolución.

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

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aplicar a ACE SEGUROS S.A. una multa de PESOS TRESCIENTOS NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE CON TREINTA Y OCHO CENTAVOS (\$ 391.499,38), conforme lo dispuesto por el Artículo 58, inciso c) de la Ley N° 20.091.

ARTÍCULO 2°.- La Gerencia de Autorizaciones y Registros tomará razón de la sanción dispuesta en el artículo anterior, una vez firme.

ARTÍCULO 3°.- Se deja constancia que la presente Resolución es recurrible en los términos del Artículo 83 de la Ley N° 20.091.

ARTÍCULO 4°.- Regístrese, notifíquese a través de la Gerencia de Inspección, a ACE SEGUROS S.A. al domicilio sito en Av. Leandro Alem 855, Piso 19°, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y publíquese en el Boletín Oficial.

RESOLUCIÓN N° 39077

Lic. JUAN ANTONIO BONTEMPO
Superintendente de Seguros de la Nación