

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS  
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

RESOLUCION N° 35.840 DEL 3 JUN /2011

EXPEDIENTE N° 53.937 - PROCEDIMIENTOS PARA LA TRAMITACION DE CONSULTAS Y DENUNCIAS.

VISTO... y CONSIDERANDO...

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 NACION, 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 NACION 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 asegurados y/o beneficiarios.
- 2.- Atender y dar respuesta a las inquietudes y asesoramiento solicitados por los asegurados y/o beneficiarios, efectuados tanto a través del servicio de atención telefónica que dispondrá y organizará el Departamento, cuya denominación será "0800 SSN", como los cursados vía correo electrónico al Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, cuyo domicilio electrónico será "consultas@ssn.gob.ar".
- 3.- Requerir toda clase de información u opinión técnica relacionada con las actuaciones que tramite, a cuyo efecto prestarán la debida colaboración, en el marco del procedimiento que se establezca en la presente Resolución, las restantes dependencias de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- 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 de parte la celebración de audiencias con la participación de denunciantes, compañías de seguros, productores, agentes, intermediarios.
- 6.- Arbitrar en su caso, de oficio o a requerimiento de parte interesada, mecanismos de avenimiento, de tipo conciliatorio, entre denunciantes y compañía 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 NACION para la instrucción del sumario respectivo, en caso de presuntas infracciones cometidas por la o las personas denunciadas por el asegurado y/o beneficiario, en el marco de la legislación aplicable.
- 8.- 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.
- 9.- 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 la realización de convenios de cooperación con distintos organismos o dependencias con misiones y funciones afines a las del Departamento, con la finalidad de optimizar la protección del asegurado y/o beneficiario.
- 10.- 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 asegurado o beneficiario, entidad

aseguradora, ramo y número de póliza, motivo de la consulta y denuncia y breve informe final sobre su resolución.

**ARTICULO 4° – 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 5° – SERVICIOS DE ATENCION AL ASEGURADO POR PARTE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS.**

I) Con la finalidad de optimizar la prestación de los servicios de cobertura y la calidad de atención al asegurado y/o beneficiario, 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.- El responsable del "Servicio de Atención al Asegurado" deberá ser designado por el Organo de Administración de la entidad aseguradora.
- 2.- Deberá contar con poder suficiente otorgado por la entidad para atender los reclamos de los asegurados y brindar las explicaciones pertinentes y, en su caso, resolver los casos planteados por el cliente.
- 3.- Los nombramientos de los responsables designados serán informados por las entidades a esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de haberse producido.

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

- a) Comunicar su designación a esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, remitiendo para ello el formulario que se acompaña como ANEXO II de la presente Resolución.
- b) La persona designada deberá poseer conocimientos en materia aseguradora de carácter técnico-legal y contar con una experiencia mínima de cinco (5) años en el desempeño de la actividad aseguradora y en la atención de clientes asegurados.
- c) Impedimentos para el ejercicio de la función:

No podrán ser designados responsables de los "Servicios de Atención al Asegurado" las personas que se encuentren inhabilitadas por esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION para actuar como productores asesores de seguros o para ser directores, gerentes o accionistas de una entidad aseguradora.

II) RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES:

La persona designada a cargo del Servicio de Atención al Asegurado responsable, entre otras obligaciones que le competan, de:

1. Atender las consultas y reclamos de los asegurados y/o beneficiarios 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. Recabar toda clase de información relacionada con las actuaciones que tramite.
3. Prestar la máxima diligencia y cooperación con los asegurados y/o beneficiarios, tanto en relación con el suministro de la información solicitada como en los asesoramientos requeridos.
4. Brindar durante toda la relación trato digno y equitativo a los requirentes.

De transcurrir el plazo de treinta (30) días desde la fecha de presentación del reclamo ante el Servicio de Atención al Asegurado de cada entidad o compañía aseguradora sin que haya sido resuelta, 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 NACION Lo expuesto no obstará toda otra acción administrativa, arbitral o judicial que pudiese corresponderle al reclamante.

5. Remitir, a requerimiento del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, las actuaciones tramitadas con motivo de los reclamos y solicitudes que reciba.
6. 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 NACION.
7. 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 o beneficiario), 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 solucionado y status de pendientes, debidamente suscripto por el Presidente del Organó de Administración de la aseguradora, será remitido al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 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, en el cual sólo corresponde asentar aquellas situaciones que se deriven en reclamos posteriores.

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

El Organó de Administración de cada entidad será el responsable de informar a esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, la ruptura de la relación laboral del responsable 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.

Cuando se trate de grupos económicos a los que pertenezca más de una entidad supervisada, la designación podrá recaer en una misma persona para todas las entidades que pertenezcan al mismo grupo.

**ARTICULO 6° – CODIGO DE BUENAS PRACTICAS.** El Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 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 7° – TRIBUNALES ARBITRALES.** El Departamento de Orientación la Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 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. Fdo.: FRANCISCO DURAÑONA, Superintendente de Seguros.

SINTESIS:

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 asegurados y demás interesados, el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 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 NACION, como con los "Servicios de Atención al Asegurado" de las distintas entidades aseguradoras. Tendrá las competencias establecidas en este reglamento en relación con las consultas y denuncias que formulen los asegurados y demás interesados en relación con los servicios prestados por las entidades aseguradoras, excepto en los supuestos de contratos por grandes riesgos (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, resulten aplicables a la materia asegurativa.

b) Definiciones

1. A los efectos previstos en esta reglamentación, se consideraran "denuncias" las presentadas por asegurados y/o beneficiarios, que pongan de manifiesto hechos concretos referidos a acciones u omisiones de las entidades aseguradoras 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 relacionada con la comercialización de los productos y servicios ofrecidos por las entidades aseguradoras.

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 NACION.

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

El Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado de SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION tendrá a su cargo la tramitación de las consultas y denuncias que se presenten, y le corresponde recibir los escritos, reclamar su 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 NACION, de conformidad con la normativa aplicable sobre el particular.

Las actuaciones e informes a que den lugar las consultas y denuncias que presenten los asegurados y/o beneficiarios 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 NACION decidir ni pronunciarse sobre los daños y perjuicios que eventualmente haya podido ocasionar la conducta de la o las personas físicas o jurídicas denunciadas sometida a supervisión de la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION. 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) RECEPCION 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 asegurado y/o beneficiario 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.

Están legitimados para presentar denuncias y formular consultas los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios o derechohabientes de cualquiera de ellos.

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 NACION y que amerite sustanciación o tramitación por la presente Resolución o restante normativa aplicable por esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, ingresará a través de Mesa de Entradas Generales del organismo. Con la presentación efectuada, se formarán actuaciones con las formalidades y con base en el sistema de registración que disponga la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION e indique el titular del Departamento de Orientación y Asistencia 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. 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 consumidor asegurado o beneficiario. 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);
- 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, en caso de resultar necesario.

De haberse omitido en la presentación la consignación de alguno de los literales precedentes, necesarios para la respuesta o tratamiento del caso, se 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, previa 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 lo 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 través del servicio de asesoramiento telefónico "0800 SSN" 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 denuncia. Hecha con posterioridad la consulta pertinente, por parte del Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, en la dependencia pertinente de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION y en un plazo máximo de tres (3) días hábiles, se lo contactará al requirente nuevamente para evacuar consulta.

Idéntico procedimiento regirá cuando una consulta sea cursada por correo electrónico al servicio de asesoramiento electrónico "consultas@SSN.gov.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, etc.; dirigidos preliminarmente al Departamento Orientación y Asistencia al Asegurado, serán recibidas a través de la Mesa de Entradas de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 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.

#### TRATAMIENTO DE CONSULTAS Y DENUNCIAS

1) ADMISION: 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 y jurisdicción 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 NACION 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 notificándosele al domicilio consignado en la presentación, en un plazo máximo de cinco (5) 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 asegurador; y no haber obtenido —en tiempo y forma— respuesta satisfactoria por parte de la misma.

De constituir la presentación efectuada una denuncia —en los términos de la definición efectuada el 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.

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:

1. Cuando se omitan datos esenciales para su tramitación, ni subsanables, incluidos los supuestos donde no se determine con exactitud el motivo de la denuncia o no se acredite que ha transcurrido el plazo de treinta (30) días 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 desestimada, total o parcialmente la petición.
2. 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.
3. 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 Asegurado" de las aseguradoras.
4. Cuando se articulen como denuncias, las consultas sobre derechos del asegurado, así como 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.

#### TRAMITACION

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:

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.

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.

Que sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, en su caso y de corresponder se arbitrará una instancia de tipo conciliatoria en las actuaciones, 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.

2) 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 sucederá 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 si 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 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 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 (5) cinco días, 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 la 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 la actuación 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 caso clausurando la instancia conciliatoria.

3) CONCLUSION DE LAS ACTUACIONES: Si finalmente no se llegara a un acuerdo, las actuaciones quedarán para 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. A tales efectos las distintas Gerencias designarán un representante titular y un suplente, con dedicación parcial o total ante el Departamento de Orientación y Asistencia al Asegurado, a fin de confeccionar el respectivo que se les requiera, en su caso en forma conjunta con otras dependencias del Organismo involucradas, a fin de evitar traslados innecesarios y/o superposición de informes; ello 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 agregarán al trámite de las actuaciones y las mismas serán devueltas a la unidad remitente para su prosecución. Los informes o dictámenes deben ser emitidos en un plazo máximo de diez (10) días hábiles de recibidas las actuaciones.

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 tercero interesado, se desestimaré la presentación efectuada mediante auto fundado, que se notificará al presentante y a la o las personas físicas o jurídicas denunciadas. La resolución recaída tendrá carácter

informativo, no tendrá la consideración de acto administrativo y el interesado no podrá entablar recurso alguno contra ella. Cumplida la diligencia notificación, se procederá al archivo de las actuaciones sin más trámite.

Caso contrario, de evidenciarse de las presentación efectuada, 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 NACION 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.

#### 4. 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 NACION o a otras Gerencias del Organismo.

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

- Desestimación de la denuncia, archivándose el expediente original.
- Declaración de incompetencia del organismo, archivándose el expediente original.
- Celebración de acuerdo conciliatorio homologado por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, archivándose el expediente original.
- Desistimiento del consumidor, archivándose el expediente original.
- Demás contestaciones de Notas, requerimientos, comunicaciones judiciales y de otros organismos públicos o privados, archivándose en estos casos las actuaciones originales.
- CONTROL TECNICO Y ADMINISTRATIVO DE ACTUACIONES

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

- 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 terceros interesados, según su estado, tanto en el plano formal (agregación de documentación, acumulación de referentes, firmas, sellos, foliatura, etc.), como en el orden sustancial.

- Otros controles de legalidad, en particular los que hagan al derecho defensa de las partes involucradas.

En caso de que de los controles técnicos realizados surgiera que no ha cumplido correctamente con algún requerimiento del procedimiento, actuaciones deberán ser devueltas al Departamento 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 que suscribirán las providencias simples y diligencias de mero trámite que hagan al trámite y a la 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 antecedentes de la actuación presentada 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.

## 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: Piso Correo Electrónico: Calle Teléfono  
Oficina

Nº



II. Antecedentes Laborales (3 últimas posiciones indicando empresa, puesto y función): a. b. c. III. Declaro conocer las disposiciones legales y reglamentarias vinculadas la actividad aseguradora y que realizaré mi tarea de acuerdo con el contenido de Comunicación SSN N°

---

..... Firma  
del responsable del Servicio de Atención  
al Asegurado

---