



COMISIÓN
PARA EL MERCADO
FINANCIERO

PROYECTO NORMATIVO

**NORMA DE CARÁCTER GENERAL QUE
REGULA EL SISTEMA DE CONSULTAS DE
SEGUROS DEL ARTÍCULO 12 DEL D.F.L. N°
251, DE 1931. DEROGA NORMA DE
CARACTER GENERAL N°342**

Marzo 2022

Norma de Carácter General que regula el Sistema de Consultas de Seguros del artículo 12 del D.F.L. N° 251, de 1931. Deroga Norma de Carácter General N°342.

Marzo 2022

Tabla de contenido

I.	Introducción.....	4
II.	Objetivo de la normativa	7
III.	Diagnóstico y contenido del proyecto normativo	7
	1. Responsabilidad de la CMF	7
	2. Alternativas de interconexión	8
	3. Quiénes podrán consultar en el SICS	10
	4. Respuesta en tiempo real.....	11
	5. Información a entregar al consultante.....	11
	6. Fecha de cierre de la información a entregar al consultante	12
	7. Consentimiento	13
	8. Anexo técnico.....	13
	9. Información de cada compañía a la CMF.....	13
IV.	Marco jurídico local	14
V.	Evaluación de impacto regulatorio.....	14
VI.	Proyecto normativo.....	15

I. Introducción

Mediante la Ley N° 20.552 de 2011, que Moderniza y Fomenta la Competencia del Sistema Financiero, se incorporó el artículo 12 al DFL 251, Ley de Seguros, el cual estableció:

“Artículo 12.- La Superintendencia, sujetándose a la ley N° 19.628, al reglamento y a la demás normativa aplicable, entregará la información sobre los seguros a quienes acrediten tener la calidad de asegurados. En caso de incapacidad judicialmente declarada o muerte de un asegurado, se entregará dicha información a quienes acrediten tener la calidad de cónyuge, hijos, padres, beneficiarios u otros legítimos interesados.

En caso de consulta debidamente notificada por la Superintendencia a las aseguradoras, éstas tendrán la obligación de proporcionar a la Superintendencia la información que se indica en el inciso siguiente.

El contenido específico de la información que deben proporcionar las aseguradoras será determinado por el reglamento. Las características asociadas a esa información, tales como el formato, medios de envío, plazos y otros, serán determinadas por las instrucciones o normas de carácter general que imparta la Superintendencia. La información señalada contendrá al menos la indicación de las compañías aseguradoras contratantes, la vigencia y el tipo de seguro, de acuerdo al código en el Depósito de Pólizas respectivo, estando prohibido, en su caso, informar antecedentes relacionados con la identidad del beneficiario o las condiciones establecidas para ello en el seguro. Dicha información deberá proporcionarse mientras las obligaciones de la compañía estén vigentes.

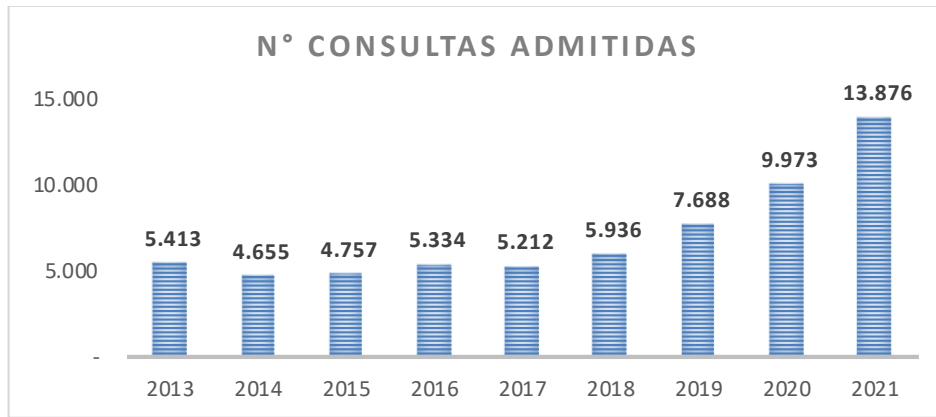
La Superintendencia deberá resguardar el carácter privado de la información suministrada y deberá eliminar de sus bases de datos antes de transcurridos 60 días desde su recepción la información recibida por parte de las aseguradoras en virtud de lo establecido en este artículo.”.

Posteriormente se dictó el Decreto Supremo N° 1.161, de 30 de agosto de 2012, del Ministerio de Hacienda, que “APRUEBA EL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE CONSULTA DE SEGUROS” y la CMF emitió la Norma de Carácter General N° 342, de diciembre de 2012, la que actualmente que regula el sistema de información de consultas de seguros, establecido en el artículo 12 del D.F.L. N° 251, de 1931 (SICS), que entró en vigencia el 18 de diciembre de 2012.

Para dar cumplimiento al mandato legal de 2011, la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) desarrolló una aplicación en su plataforma web denominada “Conoce tu Seguro” en donde los usuarios definidos en la ley pueden consultar por sus seguros o los de un asegurado fallecido o incapacitado en los casos que corresponda. Para ello, una vez que el usuario ingresa una consulta, la CMF la deriva a cada compañía de seguros, quien debe responder dentro del plazo de 10 días hábiles, contados desde la recepción de la solicitud en la compañía. Para lo anterior, se estableció una comunicación directa entre la CMF y cada una de las aseguradoras. Vencido el plazo, en caso que el consultante haya requerido ser informado por correo electrónico, la CMF entrega la información por esa vía. En caso que haya requerido ser informado por correo postal, la CMF envía por carta certificada un oficio con la información recibida. La respuesta es remitida dentro de un plazo no superior a 30 días, contado desde que es recibida la consulta en la CMF.

A continuación, se muestra la evolución del número de consultas admitidas para tramitación a través del SICS¹:

¹ Información estadística sobre el sistema “Conoce tu Seguro” puede obtenerse en el siguiente link: <https://www.cmfchile.cl/institucional/estadisticas/sic/index.php>



Nota: desde que se inició la operación del SICS el 18/01/2012 hasta el 31 de diciembre de ese año, se admitieron algo más de 2.000 consultas.

Como se aprecia en el gráfico siguiente, el 35% de las consultas que se reciben en la CMF deben ser rechazadas en su tramitación porque los usuarios no presentan los antecedentes que permiten acreditar la calidad que invocan al efectuar la consulta. Los asegurados son quienes más consultan en el SICS respecto de sus seguros contratados (60% de las consultas admitidas).

N° de consultas recibidas en la CMF de parte de los ciudadanos, según modalidad y total

Desde: 18/12/2012

Hasta: 31/12/2021

Modalidad consulta	Admisibles	No admisibles	Total
Asegurado	38.774	4.418	43.192
Beneficiario	3.182	2.576	5.758
· Cónyuge	305	292	597
· Hijo (a)	1.506	1.192	2.698
· Padre	60	62	122
· Madre	81	77	158
· Madre hijo filiación no matrimonial	307	141	448
· Heredero legal	0	0	0
· Otro parentesco	763	626	1.389
· Sin parentesco	149	178	327
· No declara parentesco	11	8	19
Familiar	21.868	14.174	36.042
· Cónyuge	4.157	2.224	6.381
· Hijo (a)	16.047	10.242	26.289
· Padre	840	853	1.693
· Madre	824	781	1.605
· No declara parentesco	0	74	74
Legítimo interesado	661	796	1.457
SOAP	507	648	1.155
Total	64.992	22.612	87.604

Ahora bien, con fecha 13 de abril de 2021 se publicó la Ley N°21.314, que “ESTABLECE NUEVAS EXIGENCIAS DE TRANSPARENCIA Y REFUERZA LAS RESPONSABILIDADES DE LOS AGENTES DE LOS MERCADOS, REGULA LA ASESORÍA PREVISIONAL, Y OTRAS MATERIAS QUE INDICA”. Mediante dicha ley se reemplazó el artículo 12 del D.F.L. N° 251, de 1931, por el siguiente:

“Artículo 12.- Créase un sistema de consulta de seguros, digital, interconectado en tiempo real y automático, de acceso remoto y gratuito, que será administrado por la Comisión para el Mercado Financiero y que se regirá por las disposiciones de esta ley y la normativa que se dicte para su

implementación. Dicho sistema entregará información sobre los contratos de seguros a quienes tengan la calidad de contratante o asegurado en ellos y, en caso de fallecimiento o incapacidad judicialmente declarada, a quien demuestre un interés legítimo en acceder a dicha información. En este último caso, se entenderá que tienen interés legítimo quienes acrediten tener la calidad de cónyuge, hijos, padres o la calidad de herederos de dicho contratante o asegurado. La Comisión para el Mercado Financiero establecerá mediante norma de carácter general, los mecanismos de autenticación necesarios para asegurar la identidad de quienes accedan a la información.

Las compañías de seguros deberán mantener bases de datos actualizadas con información de las pólizas respecto de las cuales mantengan obligaciones vigentes, y deberán proporcionar a la Comisión para el Mercado Financiero la información necesaria para la operación del mencionado sistema de consulta.

El contenido específico de la información señalada en el inciso anterior, su formato de envío, periodicidad, interconexión o medios de envío y otros aspectos necesarios para el funcionamiento del sistema de consulta de seguros serán determinados por una norma de carácter general que dicte la Comisión para el Mercado Financiero. La información señalada contendrá al menos la indicación de las compañías aseguradoras contratantes; del intermediario, en caso que corresponda; del contratante o asegurado, la indicación de la vigencia y el tipo de seguro de que se trata, de acuerdo al código en el Depósito de Pólizas respectivo, estando prohibido, en su caso, informar antecedentes relacionados con la identidad del beneficiario o las condiciones establecidas para ello en el seguro.

Dicha información deberá proporcionarse mientras las obligaciones de la compañía estén vigentes.

El sistema de consulta de seguros deberá permitir que, con el objeto de obtener nuevas ofertas de seguros, los contratantes o asegurados puedan otorgar su consentimiento para que la información relativa a sus contratos de seguros sea intercambiada entre las compañías de seguros. Para tales efectos, las compañías de seguros estarán obligadas a cumplir la solicitud del cliente, debiendo siempre respetar las disposiciones de la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada. La Comisión establecerá los requisitos y condiciones con los cuales deberán cumplir las compañías de seguro con el objeto de facilitar dicho intercambio. Asimismo, una norma de carácter general determinará la forma en la que se entregará el consentimiento expreso de los asegurados para todos los efectos legales.

Las compañías de seguros serán responsables por la veracidad e integridad de la información que proporcionen, y de su entrega oportuna. En caso de infracción, podrán ser sancionadas por la Comisión para el Mercado Financiero de conformidad a lo dispuesto en el decreto ley N° 3.538, de 1980, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 49 de esta ley.”

El nuevo sistema tiene las siguientes diferencias con el sistema vigente:

- Mediante el nuevo sistema se deben responder las consultas en tiempo real.
- Se incorporó explícitamente a los herederos como usuarios del sistema.
- La ley definió quiénes pueden tener un legítimo interés en conocer los seguros de alguna persona fallecida o con incapacidad.
- Se eliminó a los beneficiarios de los seguros como usuarios del sistema.
- Al definirse explícitamente quién tiene un legítimo interés, no es posible efectuar consultas sobre el SOAP o SOAPEX en el sistema.
- Se incorporó la factibilidad de que los asegurados o contratantes puedan compartir la información

de sus contratos de seguros con otras aseguradoras, con el fin de recibir ofertas de éstas.

La ley estableció que el nuevo sistema de consultas de seguros (SICS) deberá estar operativo 60 días después de emitida una norma por la CMF que lo regule, norma que debe encontrarse emitida a más tardar el 13 de abril de 2022.

II. Objetivo de la normativa

La presente Norma tiene por objeto regular el Sistema de Consulta de Seguros, en adelante “SICS”, descrito en el nuevo artículo 12 del D.F.L. N° 251, de 1931, estableciendo la forma y requerimientos que deben cumplir las personas que consulten en el SICS y los medios dispuestos para el envío de la solicitud de información, el formato y contenidos de los datos que las aseguradoras deben proporcionar, además de los plazos para la entrega de la información de parte de las compañías de seguros y de respuesta a los consultantes.

Además, tiene por objeto establecer la forma en la que se entregará el consentimiento expreso de los asegurados o contratantes, para todos los efectos legales, para que la información relativa a sus contratos de seguros sea intercambiada entre las compañías de seguros.

III. Diagnóstico y contenido del proyecto normativo

1. Responsabilidad de la CMF

El nuevo artículo 12 del DFL N° 251, además de mantener el acceso a la información de los seguros, incorporó la obligación para las compañías de seguros de compartir con otras compañías de seguros la información de los contratos de seguros, cuando su cliente así lo solicite.

De esta manera, la ley establece que es responsabilidad de la CMF crear un sistema que permita efectuar consultas sobre la existencia de seguros, sistema que, además, deberá permitir que los asegurados o contratantes efectúen su consentimiento para compartir la información de algunos o todos los contratos de seguros que mantenga vigentes.

Lo anterior se puede expresar gráficamente de la siguiente manera:



2. Alternativas de interconexión

Dado que el nuevo sistema debe dar respuesta al consultante en tiempo real, la CMF evaluó varias alternativas que pudieran cumplir con dicho requisito:

a) Conexión de la CMF con cada aseguradora en forma independiente (aplicación del actual SICS)

Esta opción contempló mantener la conexión bilateral de la CMF con cada aseguradora, pero aumentando las exigencias de conectividad, dado que actualmente existen problemas de comunicación con algunas aseguradoras.

Como principal ventaja de esta opción se observó que el nivel de riesgos es menor, al no disponer de una base con toda la información de manera permanente. Además, no requiere mayor espacio de almacenamiento.

Como desventajas se observó que, al ser canales seguros y poseer protocolos de cifrado que podrían cambiar constantemente por temas asociados a seguridad, se producen problemas de conexión que no permiten tener una respuesta en tiempos razonables. También con esta opción se producen mayores tiempos de respuesta al ciudadano, al requerir conexión con variadas compañías; requerimiento de actualizaciones de protocolos constantes y mayor mantención (apoyo constante de la CMF a todas las compañías).

La experiencia actual del SICS no ha sido favorable en cuanto a los tiempos de mantención que se destina para dar soporte a las compañías ante cualquier cambio en nuestra plataforma o en la de las compañías.

El promedio de conexión actual, solo para informar a las compañías de una consulta en el SICS, es de 3 segundos, que debe multiplicarse por cada compañía. Además, se deben incorporar tiempos de procesamiento de la información proporcionada por las compañías para así responder al consultante.

Adicionalmente, como se mencionó, si alguna compañía tiene un problema que no permita tener su servicio en línea, no es posible entregar una respuesta completa al ciudadano.

b) Base de datos en la CMF con todos los seguros por los cuales se mantienen obligaciones vigentes

Esta opción consiste en establecer el envío periódico (ej.: diario, semanal), a través del Sistema de Envío de Información en Línea (SEIL) disponible en la plataforma web de la CMF, de la información de todos los seguros por los cuales las compañías tienen obligaciones vigentes² (RUT, nombre del asegurado/contratante, inicio de vigencia y término, coberturas contratadas, corredor de seguros, etc.). De esta forma, cuando se ingrese una consulta al SICS, una aplicación buscaría en la base de datos la información para el RUT consultado.

Como principales ventajas se observó que esta opción permite responder automáticamente, entregando al instante al consultante la información entregada por las aseguradoras a una fecha determinada y conlleva menos horas hombre destinadas a resolver problemas de conexión.

² De acuerdo al artículo 541 del Código de Comercio, las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva. En el seguro de vida el plazo de prescripción para el beneficiario será de cuatro años y se contará desde que conoce la existencia de su derecho, pero en ningún caso excederá de diez años desde el siniestro.

Como principales desventajas se tuvo presente que la base de datos requiere resguardo especial de la información por ser una base de alto interés; requiere espacio de almacenamiento en la CMF y que la base de algunas compañías podría ser muy grande, por lo que podrían presentarse problemas para ingresarla a través de la plataforma SEIL.

- c) Conexión de la CMF con aseguradoras que tengan seguros vigentes (Base de Datos en la CMF con RUT de personas con seguros vigentes)

Esta opción consiste en establecer el envío periódico (ej. diario, semanal), a través del Sistema de Envío de Información en Línea (SEIL) disponible en la plataforma web de la CMF, de todos los RUT de asegurados o contratantes por los cuales las compañías de seguros mantienen obligaciones vigentes, y almacenar dicha información en una base de datos en la CMF. De esta manera, cuando se ingrese una consulta en el SICS, una aplicación buscaría en la base de datos las compañías que tienen obligaciones vigentes con el RUT consultado y la CMF se conectaría sólo con esas compañías de seguros para que informen respecto a los seguros asociados a dicho RUT.

Como ventaja se minimiza en parte el número de conexiones en un momento determinado, la información a almacenar es menor y, al ser una base sólo de RUT, no contiene información de los seguros que deba ser resguardada tan celosamente.

Como desventajas se observan las mismas señaladas en la letra a) anterior, toda vez que con el tiempo irían aumentando las compañías con las cuales la CMF se debe conectar.

- d) Conexión de la CMF con un sistema interconectado entre aseguradoras.

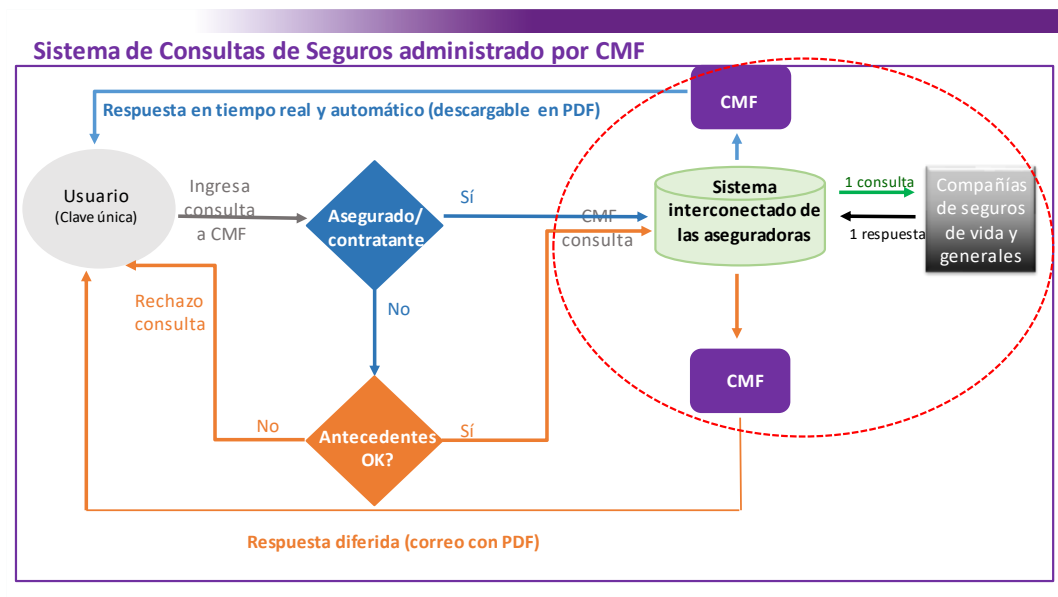
Esta opción contempló establecer que todas las compañías de seguros creen un sistema interconectado entre ellas con el cual se conecte la CMF, que permita centralizar las consultas efectuadas en el SICS, distribuir dichas consultas a las aseguradoras, recoger las respuestas de éstas y enviarlas a la CMF para que ésta responda al consultante, siendo siempre las compañías de seguros responsables por la operación del dicho sistema interconectado, independientemente del operador que se utilice para la interconexión. La CMF, al recibir una consulta se conectaría únicamente con este sistema interconectado de aseguradoras.

Dentro de las ventajas se consideró que el nivel de riesgos es menor, al no disponerse de una base con toda la información de manera permanente; no requiere mayor espacio de almacenamiento; y disminuye el número de conexiones requeridas por parte de la CMF a una única conexión.

Dentro de las desventajas se observan eventuales problemas de conexión con el operador del sistema interconectado de las aseguradoras, considerando que son canales con protocolos de cifrado que pueden cambiar muy frecuentemente, lo que se traduce en que el consultante deba intentarlo nuevamente en caso de falla en la conexión.

Todas las alternativas mencionadas precedentemente cumplen con el texto del artículo 12 del DFL 251, ya que éste no define una forma especial de implementar el SICS. No obstante, cualquiera sea la opción seleccionada, el sistema debe ser administrado por la CMF; la responsabilidad de operación y de entrega de información en línea es de la CMF; y la responsabilidad de entrega de información actualizada es de las compañías de seguros.

Finalmente, la CMF decidió que se implemente la opción d); esto es, la conexión de la CMF con un sistema interconectado entre aseguradoras, que se describe a continuación.



La normativa propuesta contempla que se proporcionen a la CMF las interfaces de comunicación entre el sistema interconectado y las aseguradoras, a través de un documento de especificaciones técnicas. De esta manera, y en caso que el operador del sistema interconectado, en determinado momento, decida no seguir cubriendo estas necesidades, la CMF contará con la información necesaria para poder comunicarse directamente con las compañías de seguros o con otro operador que se determine, de modo de asegurar la continuidad de la operación del SICS.

3. Quiénes podrán consultar en el SICS

Tal como lo señala el nuevo artículo 12 del DFL N° 251, pueden consultar en el SICS las siguientes personas:

- a) quienes tengan la calidad de contratante o asegurado.
- b) quien demuestre un interés legítimo en acceder a la información en caso de fallecimiento o incapacidad judicialmente declarada de un contratante o asegurado (cónyuge, hijos, padres o herederos de dicho contratante o asegurado).

El artículo 12 incorporado a la ley de seguros del año 2011 establecía que, en caso de incapacidad judicialmente declarada o muerte de un asegurado, se entregará la información a quienes acrediten tener la calidad de cónyuge, hijos, padres, **beneficiarios u otros legítimos interesados**.

Dado que dicho artículo no definía “legítimo interesado”, ello debió ser definido en el Reglamento. Allí se señala que se entenderá que existe un legítimo interés cuando “el solicitante acredite tener una pretensión actual y real sobre los derechos de una póliza determinada”. Esta definición ya no será aplicable, por lo que en el nuevo SICS no podrán efectuar consultas legítimos interesados que no estén contemplados expresamente en la ley. Ejemplo de lo anterior es el caso de consultas respecto al SOAP de algún vehículo motorizado, para lo cual deberán utilizarse otros canales de consulta.

Adicionalmente, mediante este nuevo sistema ya no podrá invocarse la eventual calidad de beneficiario de un seguro puesto que la ley no definió a los beneficiarios como personas con legítimo interés. Al respecto, estas personas ahora deberán consultar directamente en las compañías de

seguros. Tratándose del riesgo de fallecimiento, también podrán consultar la información que deben publicar las compañías de seguros en cumplimiento de la Norma de Carácter General N° 306, que, respecto del riesgo señalado, instruye a las compañías de seguros a *“efectuar una publicación anual en un diario de circulación nacional, el que podrá ser electrónico siempre y cuando esté habilitado para efectuar publicaciones legales de las contempladas en la ley 18.046. La publicación deberá contener una lista con los casos detectados, detallando el nombre y RUT de los beneficiarios designados por el asegurado fallecido, señalando los seguros con cobertura de fallecimiento en que han sido designados. En el caso de seguros sin beneficiarios designados se deberá publicar el nombre y RUT del asegurado indicando los seguros con cobertura de fallecimiento contratados. En esta publicación, para facilitar la búsqueda, se deberá ordenar la lista de asegurados o beneficiarios por RUT o nombre y, además, se deberá informar el procedimiento para que las personas puedan realizar las averiguaciones respectivas en la compañía.”*. Las aseguradoras también deben publicar la lista antes señalada en un lugar destacado de su página WEB.

Para resguardar el acceso a la información, la normativa propuesta contempla que los usuarios del SICS deban identificarse mediante clave única, tal como se hace en la actualidad.

4. Respuesta en tiempo real

Cuando el consultante corresponde a un asegurado o contratante **persona natural**, que pregunta por sus seguros, el SICS entregará información en tiempo real.

En el caso de consultantes que invoquen la calidad de legítimo interesado para conocer los seguros de un asegurado fallecido o con incapacidad judicialmente declarada o bien correspondan a representantes de legales de una persona jurídica, la CMF debe determinar la admisibilidad del requerimiento y revisar los documentos proporcionados (certificado de defunción de la persona por la cual se consulta, certificado de nacimiento, certificado de matrimonio, poder, etc.). Lo mismo sucederá en caso que el solicitante actúe por poder respecto a una persona natural.

Sólo una vez acreditada la calidad que se invoca mediante los antecedentes presentados, la CMF podrá cursar la solicitud a las compañías de seguros e informar de los seguros al consultante en tiempo real desde que se hizo la consulta a las aseguradoras.

Ahora bien, para responder a los consultantes, el sistema interconectado requiere distribuir la consulta a todas las aseguradoras, recibir las respuestas, consolidarlas y enviarlas a la CMF. Lo anterior no puede efectuarse de manera instantánea, ya que todas las aseguradoras deben buscar el RUT consultado dentro de los millones de seguros con obligaciones vigentes que mantiene. Por ello, el sistema debe establecer un tiempo de respuesta hacia la CMF, el cual, de acuerdo a la propuesta normativa, será de 12 segundos.

Por otra parte, la normativa propuesta contempla que cada consulta efectuada en el SICS tendrá una única respuesta desde el sistema interconectado. Esto es, vencido el plazo para informar al SICS se dará por terminada la consulta, no permitiéndose respuestas desfasadas de las compañías de seguros. En contraste, el actual SICS no interrumpe la comunicación, por lo que se generan respuestas desfasadas que pueden confundir al usuario que efectuó la consulta.

5. Información a entregar al consultante

La propuesta normativa contempla que se entregue la información mínima que establece el artículo 12 del DFL N° 251; esto es, identificación de las compañías aseguradoras contratantes; del intermediario, en caso que corresponda, del contratante o asegurado; la indicación de la vigencia y el

tipo de seguro de que se trata, de acuerdo al código en el Depósito de Pólizas que mantiene la CMF.

Además, se agrega el número interno que la aseguradora ha asignado al contrato de seguro, toda vez que permite al asegurado, contratante o legítimo interesado, consultar directamente en la compañía de seguros por dicho contrato, en caso de no tener a la vista la póliza de seguro. También, y por los motivos señalados en el número siguiente, se agrega la fecha de cierre de la información.

La aplicación no informará a los consultantes respecto de las compañías en las cuales no existen seguros asociados al RUT que se consulta, por ser innecesario. No obstante, el sistema interconectado de las aseguradoras deberá contar con dicha información (las compañías que responden negativamente), de modo de distinguir entre las que no registran seguros de aquellas que no respondieron la consulta en el tiempo establecido.

La información se desplegará en una pantalla similar a la que se presenta a continuación:

Respuesta a consultante									
Pantalla a desplegar en caso de consulta de un asegurado o contratante.									
N°	Cierre de la información	Compañía de seguros	Tipo de Seguro	Número o código del contrato	Vigencia inicial	Vigencia final	Estado	Para mayor información consulte aquí	Marque los seguros que quiere consentir
1	dd/mm/aaaa	Compañía A	Seguro 1	aaaaa	dd/mm/aaaa	Indeterminada	Vigente	Más información	Consentir
2	dd/mm/aaaa	Compañía B	Seguro 2	bbbbb	dd/mm/aaaa	Indeterminada	Vigente	Más información	Consentir
3	dd/mm/aaaa	Compañía C	Seguro 3	ccccc	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	Vigente	Más información	Consentir
4	dd/mm/aaaa	Compañía C	Seguro 4	dddd	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	Vigente	Más información	Consentir
5	dd/mm/aaaa	Compañía A	Seguro 5	eeeee	01/01/2020	31/12/2020	No Vigente	Más información	No se puede consentir
6	dd/mm/aaaa	Compañía B	Renta vitalicia previsional	fffff	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	Vigente	Más información	No se puede consentir

Compañías que no respondieron la consulta:
 Compañía 1
 .
 Compañía x

Cuando el consultante seleccione “Más información” se desplegará la información del contratante, si se trata de una póliza individual o colectiva e información de las cláusulas adicionales que contempla el seguro y la vigencia de éstas.

6. Fecha de cierre de la información a entregar al consultante

Los seguros se contratan, modifican y terminan de manera muy dinámica. Además, son comercializados a través de diferentes medios e intermediarios, por lo cual las compañías de seguros no necesariamente disponen en tiempo real de la información de todos sus contratos de seguros.

Por ello, y en atención a que el artículo 12 del DFL N° 251 establece que “Las compañías de seguros serán responsables por la veracidad e integridad de la información que proporcionen, y de su entrega oportuna.”, la propuesta normativa establece que, tratándose de carteras de seguros que las compañías mantengan a través de intermediarios, sea por seguros colectivos o seguros individuales, deberán disponer de información debidamente actualizada, ya sea por nuevos contratos de seguros

intermediados por ellos, como de los cambios en los seguros vigentes en esas carteras. Para ello, la propuesta normativa señala que la periodicidad máxima permitida de actualización de estas carteras será de 5 días hábiles.

El cierre de la información será proporcionado a los consultantes, de modo que, si contrataron un seguro a través de un intermediario en una fecha muy cercana a la consulta, tengan conocimiento de que en una consulta posterior en el SICS deberá aparecer.

7. Consentimiento

Una vez que el asegurado o contratante tenga a la vista los seguros que mantiene vigentes, salvo para las excepciones legales como, por ejemplo, las rentas vitalicias previsionales, el SICS debe permitir que se seleccionen aquellos seguros cuya información desea que se comparta con otras compañías de seguros, con el fin de obtener ofertas.

Como el objeto de este consentimiento es obtener ofertas de otras compañías de seguros, la solicitud del asegurado o contratante debe hacerse llegar a compañías de seguros que comercializan el riesgo por el cual se pretende recibir ofertas. Por ello, la normativa propuesta contempla que el asegurado o contratante puede seleccionar las compañías con las cuales desea que la compañía en que mantiene el contrato vigente comparta la información. Para lo anterior, la normativa propuesta contempla que las propias compañías de seguros mantengan actualizada una base de datos en la CMF con los riesgos que comercializa.

Una vez que el asegurado manifieste su voluntad, el SICS informará a la compañía de seguros que mantiene el contrato vigente, a través del sistema interconectado de aseguradoras, que debe cumplir con la voluntad de su asegurado, debiendo quedar registro del cumplimiento de dicha instrucción.

Por su parte, las compañías de seguros con las cuales se comparta la información del contrato de seguro, no están obligadas a efectuar ofertas con la mera información que reciban a raíz de un consentimiento. El efectuar ofertas o no dependerá de las políticas internas de la aseguradora, de si la información proporcionada es suficiente para efectuar una oferta de manera inmediata, de si se requiere suscribir los riesgos nuevamente y otros factores que la propia compañía decida considerar.

Ahora bien, de acuerdo a lo que señala el artículo 12 del DFL N° 251, la información que debe ser intercambiada corresponde a la misma que se obtenga a través del SICS. No obstante, la propuesta normativa establece que no se comparta el número interno del contrato de seguro ni la fecha de cierre de la información, por ser innecesario.

8. Anexo técnico

Tal como la normativa vigente (NCG N° 342), la propuesta normativa contempla que los aspectos técnicos del sistema se establezcan a través de un Anexo Técnico disponible en el sitio web de la CMF.

9. Información de cada compañía a la CMF

La normativa propuesta contempla que, individualmente, las aseguradoras envíen dos veces al año a la CMF información agregada de las transacciones diarias, con el fin de controlar la correcta transmisión del total de transacciones dentro del sistema interconectado de las aseguradoras.

IV. Marco jurídico local

El principal marco jurídico y administrativo local que aplica a esta normativa es el siguiente:

- Título VIII del Libro II del Código de Comercio, sobre el contrato de seguros.
- Decreto Ley N°3.538, artículo 5 N°1: Establece la atribución de la CMF de dictar las normas para la aplicación y cumplimiento de las leyes y reglamentos y, en general, dictar cualquier otra normativa que de conformidad con la ley corresponde para la regulación del mercado financiero.
- Artículo 12 del Decreto con Fuerza de Ley N°251, de 1931, Ley de Seguros.
- Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.
- Norma de Carácter General N°349, que establece normas relativas al depósito de pólizas y disposiciones mínimas de las pólizas de seguros.
- Circular N° 2022, que imparte normas sobre forma contenido y presentación de los estados financieros de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

V. Evaluación de impacto regulatorio

1. Principales beneficios de la emisión de la normativa

Con la emisión de la normativa y el desarrollo de un nuevo sistema de consultas de seguros (SICS), tanto la CMF como las compañías de seguros darán cumplimiento al cambio legal introducido por la Ley N°21.314, mediante la cual se reemplazó el artículo 12 del DFL N° 151.

Al implementarse la normativa se podrá obtener, de manera sencilla y rápida, la información referente a los seguros contratados, con el objeto de conocer todos los seguros en que figura como asegurado o contratante una determinada persona o empresa, de modo que los beneficiarios puedan acceder a las indemnizaciones de dichos seguros si fuese necesario. Cabe hacer presente que, en la actualidad, esta información es proporcionada en el plazo de 30 días desde que se efectúa la consulta; con el nuevo sistema pasará a obtenerse en menos de 15 segundos, en caso que consulte un asegurado o contratante.

Los asegurados y contratantes también podrán efectuar el consentimiento en línea para compartir la información de sus contratos de seguros vigentes, con el fin de solicitar ofertas a otras aseguradoras.

Al optarse por un sistema conectado entre la CMF y un sistema interconectado entre todas las aseguradoras, se disminuye el número de conexiones requeridas por parte de la CMF a una única conexión, disminuyéndose así las actualizaciones de protocolos y la mantención que debe dar la CMF.

2. Principales Impactos de la aplicación de la normativa

Las compañías de seguros deberán destinar recursos para implementar y mantener el sistema interconectado, con altos niveles de seguridad y de conectividad. También deberán destinar recursos para enviar a la CMF, dos veces al año, la información que solicita la normativa.

La CMF deberá destinar recursos para implementar el SICS, tanto para conectarse con el sistema

interconectado de las aseguradoras, como para desarrollar las aplicaciones que requiere la implementación del SICS. También deberá destinar recursos para desarrollar la aplicación de recepción de la información semestral que deben enviar las aseguradoras y las cuadraturas con las solicitudes enviadas al sistema interconectado.

Los intermediarios deberán actualizar la información de los contratos de seguros en los cuales participa a una periodicidad que puede ser inferior a la actual, con el correspondiente costo que ello podría implicar.

3. Principales Riesgos

El principal riesgo de no emitir la normativa es no dar cumplimiento al mandato legal, debiendo mantenerse el actual sistema de consultas de seguros, el cual no opera en tiempo real y no permite a los asegurados o contratantes el consentir que se comparta la información de sus contratos.

El principal riesgo de emitir la norma, dado el profundo cambio al actual SICS, es que debe desarrollarse un sistema completamente nuevo, lo cual genera un riesgo operacional tanto para la CMF como para las aseguradoras.

VI. Proyecto normativo

REF.: REGULA EL SISTEMA DE CONSULTAS DE SEGUROS DEL ARTÍCULO 12 DEL D.F.L. N° 251, DE 1931. DEROGA NORMA DE CARACTER GENERAL N°342.

NORMA DE CARACTER GENERAL N°

xx de marzo de 2022

A todas las compañías de seguros del primer y segundo grupo y corredores de seguros

Visto lo dispuesto en el artículo 12 del D.F.L. N° 251 de 1931; las facultades que le confieren a la Comisión para el Mercado Financiero el numeral 1 del artículo 5, el numeral 3 del artículo 20 y el numeral 1 del artículo 21, todos del Decreto Ley N°3.538 que crea la Comisión para el Mercado Financiero; y lo acordado por el Consejo de la Comisión en **Sesión Ordinaria N° xxx, de xx de xxx de 2022**, se imparten las siguientes instrucciones de cumplimiento obligatorio para compañías de seguros y corredores de seguros.

Contenido

Introducción.....	3
I. Consultas sobre existencia de seguros	3
1. Cómo y quiénes pueden consultar en el SICS.....	3
2. Requisitos de la presentación y admisibilidad de la consulta.....	3
3. Obligaciones de las compañías de seguros.....	4
4. Formulación del requerimiento a las compañías de seguros.....	5
5. Respuesta de las compañías de seguros.....	6
6. Respuesta al consultante.....	6
7. Eliminación de respuestas recibidas.....	7
II. Consentimiento para compartir información de contratos de seguros.....	7
1. Cómo se podrá consentir	7
2. Qué información se podrá intercambiar.....	7
3. Con qué compañías se podrá intercambiar la información.....	8
4. Información de los riesgos que comercializa cada aseguradora....	8
5. Información a la compañía obligada a compartir.....	8
6. Confirmación al solicitante.....	8
III. Compartición de información con compañías seleccionadas.....	8
IV. Información de cada compañía a la Comisión.....	9
V. Anexo técnico.....	9
VI. Vigencia y derogación.....	9
VII. Transitorio.....	9
Contenido Anexo Técnico (será eliminado de la norma una vez emitida)	10

Introducción

La presente Norma tiene por objeto regular el Sistema de Consulta de Seguros, en adelante “SICS”, descrito en el artículo 12 del D.F.L. N° 251, de 1931, estableciendo la forma y requerimientos que deben cumplir las personas que consulten al SICS y los medios dispuestos para el envío de la solicitud de información, el formato y contenidos de los datos que las aseguradoras deben proporcionar, además de los plazos para la entrega de la información de parte de las compañías de seguros y de respuesta a los consultantes.

Además, tiene por objeto establecer la forma en la que se entregará el consentimiento expreso de los asegurados o contratantes, para todos los efectos legales, para que la información relativa a sus contratos de seguros sea intercambiada entre las compañías de seguros.

El SICS será administrado por la Comisión para el Mercado Financiero, en adelante “Comisión”, y operará en forma digital, interconectado en tiempo real y automático, será de acceso remoto y gratuito, ajustándose a los términos descritos en el Anexo Técnico de esta norma.

Además, el SICS permitirá que, con el objeto de obtener nuevas ofertas de seguros, los contratantes o asegurados puedan otorgar su consentimiento para que la información relativa a sus contratos de seguros sea intercambiada entre las compañías de seguros de su elección, que comercialicen seguros del ramo o línea de negocio que se quiere compartir. Las compañías de seguros estarán obligadas a cumplir la solicitud del cliente, debiendo siempre respetar las disposiciones de la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

Por lo tanto, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 12 del DFL N° 251, el SICS que debe ser administrado por la Comisión comprenderá las funcionalidades de consultas de existencia de seguros y de consentimiento por parte de los clientes. En la misma ley queda establecido que la funcionalidad de compartir la información de los contratos de seguros es de exclusiva responsabilidad de las compañías de seguros.

I. Consultas sobre existencia de seguros

1. Cómo y quiénes pueden consultar en el SICS

La Comisión proveerá una aplicación en su sitio web a través de la cual los consultantes podrán efectuar sus requerimientos.

Podrán consultar a través del SICS:

- a) quienes tengan la calidad de contratante o asegurado.
- b) quien demuestre un interés legítimo en acceder a la información en caso de fallecimiento o incapacidad judicialmente declarada de un contratante o asegurado. Se entenderá que tienen un interés legítimo quienes acrediten tener la calidad de cónyuge, hijos, padres o la calidad de herederos de dicho contratante o asegurado.

2. Requisitos de la presentación y admisibilidad de la consulta

Al ingresar al SICS, el solicitante deberá identificarse, ingresando la Clave Única y una dirección de correo electrónico. Además, deberá señalar la calidad que invoca.

En el caso de consultas del contratante o asegurado persona natural, el SICS informará en tiempo real y automático a éste de los seguros que mantenga, según la información proporcionada por las aseguradoras.

Tratándose de consultantes con un interés legítimo, éste deberá entregar los datos que le solicite la aplicación y acompañar los documentos que le sean requeridos, con el objeto que la Comisión pueda determinar la admisibilidad del requerimiento. La integridad y veracidad de los antecedentes proporcionados por los consultantes al efectuar su consulta en el SICS son de su exclusiva responsabilidad.

Tratándose de consultas formuladas por representantes de personas jurídicas respecto de los seguros contratados por la empresa a quien representa, éste deberá entregar los datos que le solicite la aplicación y acompañar los documentos que le sean requeridos, con el objeto que la Comisión pueda determinar la validez de los poderes de representación y proceder a la admisibilidad del requerimiento.

En caso de consultas de personas con un interés legítimo (cónyuge, hijos, padres o herederos), la Comisión calificará la admisibilidad de la consulta, pudiendo requerir la entrega de otros documentos con el objeto de acreditar la calidad invocada.

En caso que el solicitante actúe por poder, conjuntamente con proporcionar los datos y antecedentes que le sean requeridos, según la calidad que invoque su representado, deberá presentar copia del poder en virtud del cual actúa y copia de la cédula de identidad o documento de identificación en el caso de ser extranjero.

Una vez acreditada la calidad mediante los antecedentes presentados, la Comisión cursará la solicitud a las compañías de seguros y se informará de los seguros al consultante en tiempo real desde que se hizo la consulta a las aseguradoras.

En caso que el consultante no cumpla con los requisitos aquí señalados o no entregue los documentos que le haya solicitado la Comisión, ésta rechazará el requerimiento, indicando en su comunicación el motivo de ello. La comunicación del rechazo se remitirá dentro de un plazo no superior a 10 días hábiles, contado desde que es recibida la consulta en la Comisión, a la misma dirección de correo electrónico señalado por el consultante en la formulación del requerimiento.

3. Obligaciones de las compañías de seguros

Todas las compañías de seguros deberán crear un único sistema interconectado (el "Sistema") que permita centralizar las consultas efectuadas desde la Comisión, distribuir dichas consultas a las aseguradoras, recoger las respuestas de éstas y enviarlas a la Comisión para que ésta responda al consultante. Toda nueva compañía de seguros deberá ser interconectada al Sistema en cuanto inicie sus operaciones. La responsabilidad por la operación del Sistema siempre será de las compañías de seguros, independientemente del operador que se utilice para la interconexión.

Será responsabilidad de las compañías de seguros el mantener una relación permanente con dicho Sistema, así como informar a la Comisión las condiciones de la relación, los protocolos de funcionamiento y la vigencia de la relación con dicho Sistema. Deberá informarse a la Comisión con una antelación de a lo menos 5 días hábiles todo cambio en el funcionamiento o relación entre las aseguradoras y el Sistema, y, además, a más tardar 24 horas después de haberse producido un

cambio o evento que modifique las condiciones del protocolo antes informado.

Las compañías de seguros deberán informar a la Comisión para el Mercado Financiero cómo se conectarán con el Sistema y entregar a esta entidad un documento con las especificaciones técnicas de las interfaces de comunicación entre éste y las aseguradoras. Lo anterior será informado y entregado en un plazo de, a lo menos, 30 días antes del inicio de las operaciones del Sistema.

El Sistema deberá permitir que se responda en tiempo real y automático a las consultas efectuadas por los consultantes a través del SICS y cumplir con las estipulaciones técnicas y de seguridad contenidas en el Anexo Técnico de esta norma, siendo de exclusiva responsabilidad de las aseguradoras la integridad y veracidad de la información que se provea a través de éste y de su entrega oportuna.

El Sistema deberá estar disponible ininterrumpidamente todos los días de la semana, las 24 horas del día.

El Sistema deberá incorporar, al menos, el uso de certificados con llaves públicas y privadas, con el fin de contar con mecanismos que resguarden la confidencialidad, integridad, autenticación, no repudio y control de acceso en la transmisión de la información.

Se entenderá por:

- Confidencialidad: Si la información contenida en las transmisiones sólo puede ser conocida y recibida por el o los destinatarios del mensaje.
- Integridad: Si la información no es alterada durante la transmisión.
- Autenticación: Si el destinatario puede verificar la identidad del emisor.
- No repudio: Si el emisor de la información no puede negar su autoría y contenido.
- Control de acceso: Si sólo pueden tener acceso al Sistema aquellas personas que cuenten con la autorización necesaria y sólo respecto a las áreas que les compete o en las que se encuentren autorizados.

Las compañías de seguros deberán mantener bases de datos actualizadas con información de las pólizas y cláusulas adicionales respecto de las cuales mantengan obligaciones vigentes y deberán proporcionar la información necesaria para la operación del SICS, en los términos descritos en el Anexo Técnico de esta norma.

Tratándose de carteras de seguros que las compañías mantengan a través de intermediarios, sea por seguros colectivos o seguros individuales, deberán disponer de información debidamente actualizada, ya sea por nuevos contratos de seguros intermediados por ellos, como de los cambios en los seguros vigentes en esas carteras. La periodicidad máxima permitida de actualización de estas carteras será de 5 días hábiles.

La información solicitada a través del SICS deberá ser proporcionada mientras las obligaciones de la compañía de seguros estén vigentes, independientemente de la fecha de término de la vigencia de la póliza o de la cobertura. Para efectos de esta Norma, se entenderá que las obligaciones se encuentran vigentes entre la fecha de inicio de vigencia de la cobertura individual del asegurado hasta el vencimiento del plazo de prescripción establecido en el Código de Comercio.

4. Formulación del requerimiento a las compañías de seguros

Las consultas recibidas por parte de asegurados o contratantes personas naturales a través del SICS serán remitidas en tiempo real y automático a las compañías de seguros.

En caso de consultantes que ostenten la calidad de legítimos interesados, la Comisión recepcionará la consulta y, una vez verificado el legítimo interés, transmitirá dichas consultas a las compañías de seguros a través del Sistema, en tiempo real y automático.

En la consulta se indicará el RUT/RUN del consultante, la calidad que invoca y el RUT de la empresa por la que se pregunta, en caso de consultas efectuadas por representantes legales.

El plazo máximo de respuesta del Sistema a la Comisión será el indicado en la Anexo Técnico de la presente norma.

5. Respuesta de las compañías de seguros

La respuesta de las compañías de seguros a la consulta efectuada por la Comisión a través del Sistema deberá contener la siguiente información, en caso de existir seguros con obligaciones vigentes:

- a) Nombre y RUT de la compañía de seguros;
- b) Nombre o razón social y RUT/RUN o número del documento de identificación del asegurado;
- c) Nombre o razón social y RUT/RUN o número del documento de identificación del contratante.
- d) Nombre o razón social y RUT/RUN del corredor de seguros o asesor previsional, si los hubiere;
- e) Tipo de seguro (según Circular N°2022 o la que reemplace);
- f) Periodo de vigencia del seguro (fecha de inicio y término de la póliza y de cada uno de sus adicionales si los hubiere);
- g) Estado de la póliza (vigentes/no vigentes con obligaciones vigentes, de acuerdo a lo establecido en el Código de Comercio);
- h) Código de depósito de la póliza y cláusulas adicionales, si las hubiere;
- i) Número o código interno de la póliza;
- j) Condición de póliza individual o póliza colectiva;
- k) Fecha de cierre de la información.

Las respuestas de las compañías de seguros no contendrán información sobre el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia del D.L. N° 3.500, de 1980.

A su vez, el Sistema deberá remitir a la Comisión la misma información recibida desde las aseguradoras que informaron mantener seguros con obligaciones vigentes para el RUT consultado. En caso que el Sistema no reciba una respuesta positiva o negativa de alguna aseguradora, deberá informar a la CMF la razón social y RUT de la(s) compañía(s) en incumplimiento.

Cada consulta efectuada por la Comisión tendrá una única respuesta desde el Sistema. Esto es, vencido el plazo para informar al SICS y enviadas las respuestas a la Comisión, se dará por terminada la consulta, no permitiéndose respuestas desfasadas de las compañías de seguros.

El formato de envío, periodicidad, interconexión o medios de envío del SICS a través del cual se proporcionarán los antecedentes señalados, serán los establecidos en el Anexo Técnico de esta Norma.

6. Respuesta al consultante

Una vez recibidas las respuestas de las compañías de seguros a través del Sistema, la Comisión transmitirá al consultante, en tiempo real y automático, las respuestas recibidas.

La respuesta entregada al consultante se referirá a la existencia de seguros contratados por los cuales existen obligaciones vigentes respecto de la persona o empresa por la cual se consultó. En caso de existencia de seguros contratados, la Comisión entregará al consultante la información señalada en el número 5 precedente, ajustada al formato y en los términos descritos en el Anexo Técnico de esta norma.

En caso que alguna compañía de seguros no dé respuesta a la consulta, la respuesta al consultante contendrá la razón social de dicha compañía.

7. Eliminación de respuestas recibidas

El Sistema no almacenará las respuestas recibidas desde las aseguradoras, por lo que, en aquellos casos en que el consultante requiera nuevamente la información proporcionada por el SICS, en forma posterior a la recepción de la respuesta, deberá proceder a formular una nueva consulta.

No obstante, el Sistema mantendrá una bitácora y almacenará las trazas de toda consulta, la cual deberá estar disponible para el uso y consulta por parte de la Comisión, cuando ésta así lo requiera.

Del mismo modo, si el consultante requiere consentir para obtener nuevas ofertas de seguros, deberá proceder a formular una nueva consulta, otorgar su consentimiento y seleccionar las compañías de su preferencia.

Sin perjuicio de lo anterior, en atención a las atribuciones señaladas en el artículo 3° del D.F.L. N° 251, la Comisión podrá almacenar información recibida para fines estadísticos y de supervisión.

II. Consentimiento para compartir información de contratos de seguros

El SICS permitirá que, con el objeto de obtener nuevas ofertas de seguros, los contratantes o asegurados puedan otorgar su consentimiento para que, por una única vez, la información relativa a sus contratos de seguros sea intercambiada entre las compañías de seguros. Lo anterior no obsta a que el asegurado o contratante, puede cursar una nueva consulta en el SICS, para lo cual deberá otorgar nuevamente su consentimiento para compartir la información del contrato.

1. Cómo se podrá consentir

Una vez que el asegurado o contratante tenga en pantalla la respuesta sobre sus seguros contratados, la aplicación del SICS le permitirá consentir en línea que la información relativa a algunos o todos sus contratos de seguros informados en dicha aplicación sea intercambiada entre las compañías de seguros, con el fin de obtener ofertas.

Tratándose de una consulta que operará en forma digital, interconectada en tiempo real y automática, cuando el consultante cierre la consulta, el sistema dejará de tener disponible la respuesta recién desplegada. Por lo tanto, si el consultante desea volver a recibir la respuesta o requiere consentir para obtener nuevas ofertas de seguros, deberá proceder a formular una nueva

consulta, otorgar su consentimiento y seleccionar las compañías de su preferencia.

2. Qué información se podrá intercambiar

La información a intercambiar corresponderá a la misma que provee el SICS, además del correo electrónico que registró el asegurado o contratante al efectuar su consulta en la CMF. No obstante, dado que no se requiere para efectuar ofertas, no se compartirá el número o código interno de la póliza.

3. Con qué compañías se podrá intercambiar la información

Una vez seleccionado un contrato de seguros vigente, la aplicación del SICS le ofrecerá al consultante una lista de compañías de seguros que han informado a esta Comisión que comercializan el ramo donde se registra el riesgo por el cual el asegurado o contratante solicita ofertas.

Será responsabilidad de las compañías mantener actualizada la base de datos de seguros que se encuentra comercializando o por los que estará dispuesta a efectuar ofertas y que se utilizará por el SICS para desplegar a los consultantes, en los términos señalados más adelante.

4. Información de los riesgos que comercializa cada aseguradora

A través de la aplicación disponible en el módulo SEIL del sitio web de la CMF, las compañías de seguros deberán mantener actualizada la información sobre los riesgos de seguros que comercializa o por los que estarán dispuestas a efectuar ofertas de seguros a los consultantes del SICS, de acuerdo a lo señalado en el Anexo Técnico de esta Norma.

5. Información a la compañía obligada a compartir

Una vez que el asegurado o contratante indique a través del SICS que consiente que la compañía en la que mantiene un determinado contrato de seguros – compañía obligada – comparta, por una única vez, la información de éste e indique las compañías de seguros con las que desea se comparta la información, el Sistema informará a la compañía obligada respecto a la voluntad del consultante, de modo que ésta pueda cumplir con la solicitud del cliente. Los requisitos y condiciones de la comunicación del consentimiento se encuentran contenidos en el Anexo Técnico de esta norma.

6. Confirmación al solicitante

Por cada contrato de seguro que el asegurado o contratante haya seleccionado en el SICS para ser compartido, recibirá un comprobante electrónico de cumplimiento de su voluntad.

III. Compartición de información con compañías seleccionadas

Las compañías de seguros estarán obligadas a cumplir la solicitud del cliente, debiendo siempre respetar las disposiciones de la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

Una vez que el consultante indique en el SICS que consiente que la compañía obligada comparta la información de un determinado contrato de seguros e indique las compañías de seguros con las que

desea compartir la información, la compañía obligada deberá compartirla con todas las compañías seleccionadas por el consultante.

Para lo anterior, todas las compañías de seguros deberán establecer una vía de comunicación segura con las demás aseguradoras, de acuerdo a lo que se indique en el Anexo Técnico a esta Norma.

IV. Información de cada compañía a la Comisión

Dentro de los primeros 5 días hábiles del mes de julio y del mes de enero, mediante el sistema habilitado en el módulo SEIL del sitio web de la Comisión, todas las compañías de seguros deberán proporcionar información relativa a las consultas y las solicitudes de consentimiento recibidas desde el Sistema durante el semestre inmediatamente anterior. El medio y formato corresponderá al señalado en el Anexo Técnico de esta Norma.

V. Anexo técnico

El Anexo Técnico a que hace referencia esta Norma estará disponible en la sección “Anexos técnicos” de “Servicios SEIL” del sistema SEIL, disponible en Atención Fiscalizados del sitio web de esta Comisión.

En caso de modificaciones al referido Anexo Técnico, la Comisión enviará un oficio a todas las compañías de seguros, indicando el cambio efectuado y la fecha desde el cual rige. Dicha fecha dependerá de la complejidad de implementación del cambio efectuado.

VI. Vigencia y derogación

La presente Norma comenzará a regir sesenta días después de emitida, fecha en que quedará derogada la Norma de Carácter General N° 342.

VII. Transitorio

El Sistema deberá iniciar sus pruebas a más tardar 20 días antes de la entrada en vigencia de la presente Norma.

La primera carga a la base de datos de los riesgos de seguros que comercializa la compañía de seguros deberá efectuarse, mediante el Módulo SEIL, a más tardar 30 días antes de la entrada en vigencia de la presente norma.

JOAQUÍN CORTEZ HUERTA
PRESIDENTE
COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO

Contenido Anexo Técnico (será eliminado de la norma una vez emitida)

Fecha actualización: 13/04/2022

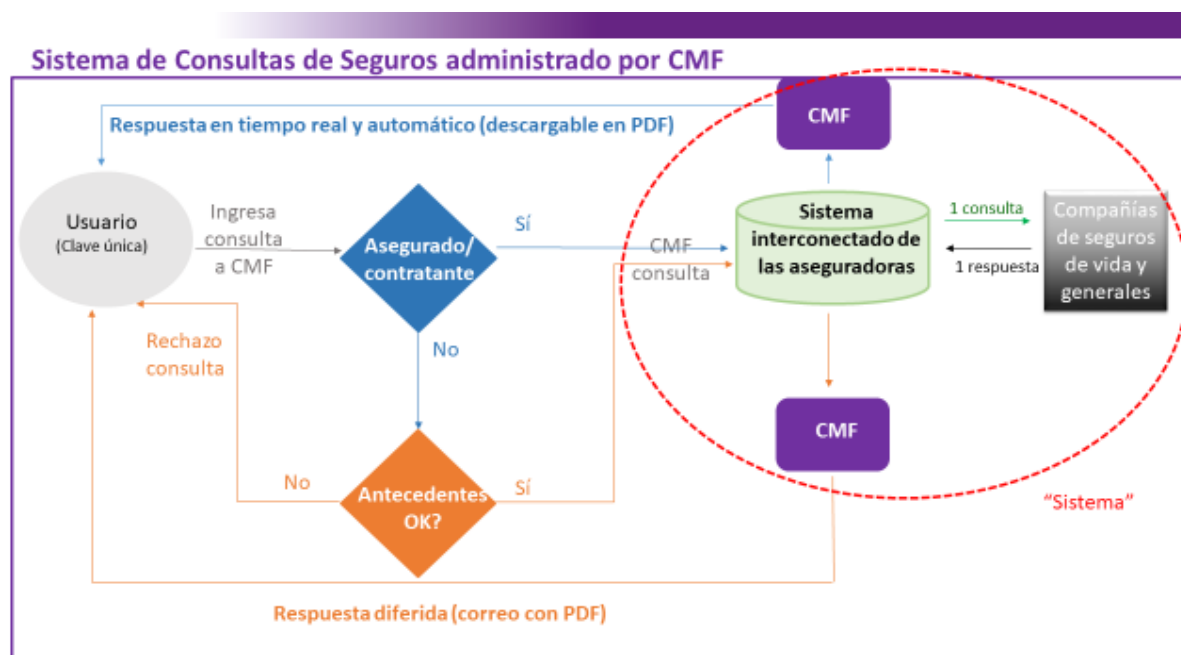
Aplica a contar del: 13/04/2022

ANEXO TÉCNICO SISTEMA DE CONSULTAS DE SEGUROS, DEL ARTÍCULO 12 DEL D.F.L. N° 251, DE 1931. Norma de Carácter General N° xxx

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12 del D.F.L. N° 251, de 1931, se ha implementado un Sistema de Consultas de Seguros (SICS), de acceso remoto y gratuito.

El SICS es administrado por la Comisión para el Mercado Financiero, en adelante “Comisión” o “CMF”, y opera en forma digital, interconectado en tiempo real y automático, en los términos descritos en el presente Anexo Técnico.

De acuerdo a la NCG N° xxx, todas las compañías de seguros deberán crear un único sistema interconectado (el “Sistema”) que permita centralizar las consultas efectuadas desde la Comisión, distribuir dichas consultas a las aseguradoras, recoger las respuestas de éstas y enviarlas a la Comisión para que ésta responda al consultante. Toda nueva compañía de seguros deberá ser interconectada al Sistema en cuanto inicie sus operaciones. La responsabilidad por la operación del Sistema siempre será de las compañías de seguros, independientemente del operador que se utilice para la interconexión.



I. Estipulaciones técnicas y de seguridad del Sistema

La arquitectura corresponderá a servicio web tipo REST con interfaz JSON, tanto para la interconexión entre el Sistema y la CMF, como para la interconexión entre el Sistema y las Aseguradoras, sobre un servidor seguro (https) que protegerá la información entre los servidores.

La conectividad entre los actores deberá ser vía VPN site to site y con método de autenticación mediante Token de seguridad.

Las compañías de seguros deberán informar a la Comisión para el Mercado Financiero cómo se conectarán con el Sistema y proporcionar un documento con las especificaciones técnicas de las interfaces de comunicación entre éste y las aseguradoras, en el plazo estipulado en la NCG xxx.

II. Consultas sobre existencia de seguros

1. Consulta desde CMF al Sistema

La consulta que envíe la CMF al Sistema contendrá la siguiente información:

- RUT/RUN del asegurado o contratante por el que se consulta la existencia de seguros.
- Calidad que invoca el consultante (asegurado o contratante, cónyuge o conviviente civil, hijo, padre o madre, heredero).

2. Plazo de respuesta del Sistema a la CMF

Recibida una consulta desde la CMF, el Sistema deberá responder en un tiempo máximo de 12 segundos.

3. Contenido de la respuesta del Sistema a la CMF

Por cada compañía de seguros que responda positivamente, se deberá enviar la siguiente información:

- a. Nombre y RUT de la compañía de seguros;
- b. Nombre o razón social y RUT/RUN o número del documento de identificación del contratante;
- c. Nombre o razón social y RUT/RUN del corredor de seguros o asesor previsional, si los hubiere;
- d. Tipo de seguro (según Circular N°2022 o la que reemplace);
- e. Periodo de vigencia del seguro (fecha de inicio y término de la póliza y de cada uno de sus adicionales si los hubiere);
- f. Estado de la póliza (vigente/no vigente con obligaciones vigentes);
- g. Código de depósito de la póliza y cláusulas adicionales, si las hubiere;
- h. Número o código interno de la póliza;
- i. Condición de póliza individual o póliza colectiva;
- j. Fecha de cierre de la información.

En caso de coaseguros, sólo responderá la aseguradora líder.

El Sistema deberá informar el RUT de la(s) compañía(s) de seguros que no respondieron la consulta efectuada.

Servicio de Consulta de Pólizas:

Formato estructurado json para consumir el servicio de Consulta de Pólizas

Ejemplo:

```
{
  "ConsultaCMF": {
    "CodigoID": "yyymmddNNNNNNNN",
    "LLave": "94dfe0ec1c717475b86f4db71de554ba",
    "Fecha": "YYYY/MM/DD HH24:MI:SS",
    "CalidadInvocada": "HIJO",
    "Tipoidentificacion": "RUT",
    "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K"
  }
}
```

Descripción de Parámetros:

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo llamado **ConsultaCMF**

Nombre	Tipo	Descripción
CodigoID * Obligatorio	INT(16)	Identificador único de la transacción
Llave * Obligatorio	VARCHAR (32)	Valor adicional de la consulta que debe volver con la respuesta (<i>del sistema integrador</i>). Este es un parámetro interno enviado por la CMF
Fecha * Obligatorio	DATETIME	Fecha y hora en que la CMF despacha la consulta. Formato: yyyy/mm/dd hh24:mi:ss
CalidadInvocada * Obligatorio	VARCHAR(25)	Señala el tipo de consulta: <ul style="list-style-type: none">• ASEGURADO_CONTRATANTE• CONYUGE• CONVIVIENTE_CIVIL• HIJO• PADRE• MADRE• HEREDERO
Tipoidentificacion * Obligatorio	VARCHAR(10)	Señala el tipo de identificador del asegurado (Debe informar "RUT")
Numeroidentificacion * Obligatorio	VARCHAR(20)	Número que identifica al asegurado. Al ser de tipo RUT, el formato debe ser Formato: NNNNNNNN-K

Formato estructurado json de respuesta para el servicio de Consulta de Pólizas

Ejemplo:

Respuesta de servicio de Consulta de Pólizas

```
{
  "RespuestaServicio": {
    "Codigo": 200,
    "Mensaje": "OK",
    "LLave": "94dfe0ec1c717475b86f4db71de554ba"
  }
},
```

```

"ConRespuesta": [
{
  "Rut": "NNNNNNNN-K",
  "RazonSocial": "",
  "Grupo": "",
  "FechaCierreInformacion": "YYYY/MM/DD",
  "DetalleAseguradora": [
    {
      "NumeroPoliza": "",
      "Contratante": {
        "TipoIdentificacion": "RUT",
        "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K",
        "NombreRazonSocial": ""
      },
      "DatosCorredorAsesor": {
        "TipoIdentificacion": "RUT",
        "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K",
        "NombreRazonSocial": ""
      },
      "DetallePoliza": {
        "POL": [
          {
            "Codigo": "",
            "Ramo": "NNNNN",
            "FechaInicio": "YYYY/MM/DD",
            "FechaTerminoIndeterminada": "SI",
            "FechaTermino": "YYYY/MM/DD",
            "Clausulas": [
              {
                "Codigo": "",
                "Ramo": "NNNNN",
                "FechaInicio": "YYYY/MM/DD",
                "FechaTerminoIndeterminada": "SI",
                "FechaTermino": "YYYY/MM/DD"
              }
            ]
          }
        ]
      }
    }
  ]
},
{
  "Rut": "NNNNNNNN-K",
  "RazonSocial": "",
  "Grupo": "",
  "FechaCierreInformacion": "YYYY/MM/DD",
  "DetalleAseguradora": [
    {
      "NumeroPoliza": "",
      "Contratante": {
        "TipoIdentificacion": "RUT",
        "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K",
        "NombreRazonSocial": ""
      },
      "DatosCorredorAsesor": {
        "TipoIdentificacion": "RUT",
        "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K",
        "NombreRazonSocial": ""
      },
      "DetallePoliza": {
        "POL": [

```

```

    {
      "Codigo": "",
      "Ramo": "NNNNN",
      "FechaInicio": "YYYY/MM/DD",
      "FechaTerminoIndeterminada": "SI",
      "FechaTermino": "YYYY/MM/DD",
      "Clausulas": [
        {
          "Codigo": "",
          "Ramo": "NNNNN",
          "FechaInicio": "YYYY/MM/DD",
          "FechaTerminoIndeterminada": "SI",
          "FechaTermino": "YYYY/MM/DD"
        }
      ]
    }
  ]
}
],
"SinRespuesta": [
  {
    "Rut": "NNNNNNNN-K",
    "RazonSocial": "",
    "Grupo": ""
  },
  {
    "Rut": "NNNNNNNN-K",
    "RazonSocial": "",
    "Grupo": ""
  }
]
}

```

La respuesta del servicio tendrá 3 arreglos JSON:

- RespuestaServicio: Indicará el estado de la respuesta.
- ConRespuesta: Arreglo que Indicará la información de las compañías que informaron seguros.
- SinRespuesta: Indicará las compañías que no respondieron al sistema, esto quiere decir que no indicaron si tenía o no seguros.

Nota: Las compañías que respondan negativamente no debe ser enviadas en la respuesta a la CMF.

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo llamado **RespuestaServicio**

Nombre	Tipo	Descripción
Código * Obligatorio	INT(4)	Código del estado de la respuesta, en caso de ser exitoso debe ser 200, de lo contrario indicar el código de error (Utilizar Códigos de estado de respuesta HTTP)
Mensaje * Obligatorio	VARCHAR(200)	En caso de éxito "OK" de lo contrario indicar un mensaje de error
Llave * Obligatorio	VARCHAR(32)	Retorna la Llave enviada por la CMF aplicando md5(LLaveCMF)

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz llamada **ConRespuesta**

Nombre	Tipo	Descripción
Rut * Obligatorio	VARCHAR(12)	Rut de la compañía que está respondiendo Formato: NNNNNNNN-K.
RazonSocial * Obligatorio	VARCHAR(150)	Razón Social de la Compañía
Grupo * Obligatorio	VARCHAR(10)	Grupo al cual pertenece la entidad Valores: <ul style="list-style-type: none"> • VIDA • GENERALES
FechaCierreInformacion	VARCHAR(10)	Fecha de cierre en que la compañía tiene actualizada la información en sus sistemas Formato: YYYY/MM/DD
DetalleAseguradora * Obligatorio	ARRAY	Matriz que contiene los datos reportados por las compañías de seguros.

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz llamada **DetalleAseguradora** que contiene los datos de un seguro reportado por la compañía

Nombre	Tipo	Descripción
NumeroPoliza * Obligatorio	VARCHAR (15)	Número interno de la póliza
EstadoPoliza * Obligatorio	VARCHAR (30)	Indica el estado de la póliza: <ul style="list-style-type: none"> • VIGENTE • NO_VIGENTE_CON_OBLIGACIONES_VIGENTES
TipoColectivoIndividual * Obligatorio	VARCHAR (15)	Indica si la póliza es Individual o Colectiva <ul style="list-style-type: none"> • INDIVIDUAL • COLECTIVO
FechaInicioColectiva * En caso de indicar en el campo TipoColectivoIndividual COLECTIVO se debe informar	VARCHAR(10)	Fecha de inicio de vigencia si la póliza es colectiva. De lo contrario no se informa. Formato: YYYY/MM/DD
FechaTerminoColectivaIndeterminada * En caso de indicar en el campo TipoColectivoIndividual COLECTIVO se debe informar	VARCHAR(2)	Indicar "SI" en caso de no existir una fecha de término conocida para la póliza colectiva. En caso contrario debe informar "NO" <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
FechaTerminoColectiva * En caso de indicar en el campo FechaTerminoColectivaIndeterminada "NO", se debe informar	VARCHAR(10)	Fecha de término de vigencia si la póliza es colectiva. De lo contrario no se informa
Contratante * Obligatorio	ARRAY	Datos del contratante. Podrían ser igual a los datos del asegurado
DatosCorredorAsesor	ARRAY	Datos del corredor de seguros o asesor previsional, si los hubiere
DetallePoliza * Obligatorio	ARRAY	Array que contendrá la información de las POLy las CAD

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo llamado **Contratante**

Nombre	Tipo	Descripción
Tipoidentificacion * Obligatorio	VARCHAR(10)	Señala el tipo de identificador del contratante (Debe informar "RUT")
Numeroidentificacion * Obligatorio	VARCHAR(20)	Número que identifica al contratante. Al ser de tipo RUT, el formato debe ser: Formato: NNNNNNNNN-K
NombreRazonSocial * Obligatorio	VARCHAR(150)	Nombre o Razón Social del contratante

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo llamado **Datos del corredor o Asesor** en caso que los hubiere.

Nombre	Tipo	Descripción
Tipoidentificacion * Obligatorio (en caso de informar el arreglo)	VARCHAR(10)	Señala el tipo de identificador del corredor o asesor (Debe informar "RUT")
Numeroidentificacion * Obligatorio (en caso de informar el arreglo)	VARCHAR(20)	Número que identifica al corredor o asesor. Al ser de tipo RUT, el formato debe ser: Formato: NNNNNNNNN-K
NombreRazonSocial * Obligatorio (en caso de informar el arreglo)	VARCHAR(150)	Nombre o Razón Social del corredor o asesor

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz llamada **DetallePoliza**

Nombre	Tipo	Descripción
POL	ARRAY	Pólizas del contrato

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz llamada **POL**

Nombre	Tipo	Descripción
Codigo *Obligatorio	VARCHAR(50)	Código de la póliza incorporada en el depósito de la CMF (POLXXXXXXXX)
Ramo *Obligatorio	VARCHAR(5)	Ramo de acuerdo a la Circular N°2022.
FechaInicio *Obligatorio	VARCHAR(10)	Fecha de inicio de vigencia de la cobertura individual en la póliza Formato: YYYY/MM/DD
FechaTerminoIndeterminada *Obligatorio	VARCHAR2(2)	Indique SI en caso de no existir una fecha de término conocida. En caso contrario debe indicar NO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
FechaTermino *Obligatorio en caso de responder NO en FechaTerminoIndeterminada	VARCHAR(10)	Fecha de término de vigencia de la cobertura individual en la póliza Formato: YYYY/MM/DD
Clausulas	ARRAY	Cláusulas del contrato de póliza .

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz llamada **Clausulas**

Nombre	Tipo	Descripción
Codigo *Obligatorio	VARCHAR(50)	Código de cláusula incorporada en el depósito de la CMF (CADXXXXXXXX)
Ramo *Obligatorio	VARCHAR(5)	Ramo de acuerdo a la Circular N°2022.
FechaInicio *Obligatorio	VARCHAR(10)	Fecha de inicio de vigencia de la cobertura individual en la cláusula Formato: YYYY/MM/DD
FechaTerminoIndeterminada *Obligatorio	VARCHAR2(2)	Debe indicar SI en caso de no existir una fecha de término conocida. En caso contrario debe indicar NO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
FechaTermino *Obligatorio en caso de responder NO en FechaTerminoIndeterminada	VARCHAR(10)	Fecha de término de vigencia de cobertura individual en la cláusula Formato: YYYY/MM/DD

4. Respuesta al consultante

a) Consulta efectuada por un asegurado o contratante

Una vez recibida la información de las aseguradoras a través del Sistema, el consultante dispondrá de la información en pantalla en un formato similar al que se señala a continuación, la cual podrá descargarse en pdf.

Respuesta a consultante

Pantalla a desplegar en caso de consulta de un asegurado o contratante.

Descargar en PDF

N°	Cierre de la información	Compañía de seguros	Tipo de Seguro	Número o código del contrato	Vigencia inicial	Vigencia final	Estado	Para mayor información consulte aquí	Marque los seguros que quiere consentir
1	dd/mm/aaaa	Compañía A	Seguro 1	aaaa	dd/mm/aaaa	Indeterminada	Vigente	Más información	Consentir
2	dd/mm/aaaa	Compañía B	Seguro 2	bbbb	dd/mm/aaaa	Indeterminada	Vigente	Más información	Consentir
3	dd/mm/aaaa	Compañía C	Seguro 3	cccc	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	Vigente	Más información	Consentir
4	dd/mm/aaaa	Compañía C	Seguro 4	dddd	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	Vigente	Más información	Consentir
5	dd/mm/aaaa	Compañía A	Seguro 5	eeee	01/01/2020	31/12/2020	No Vigente	Más información	No se puede consentir
6	dd/mm/aaaa	Compañía B	Renta vitalicia previsional	ffff	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	Vigente	Más información	No se puede consentir

Compañías que no respondieron la consulta:

Compañía 1

.

Compañía x

Al seleccionarse “Más información” se desplegará la información restante del seguro seleccionado, solicitada a través del SICS (individual/colectivo; corredor/asesor, cláusulas

adicionales, etc.).

- b) Consulta efectuada por un legítimo interesado o representante legal de un asegurado o contratante

Una vez recibida la información de las aseguradoras a través del Sistema, la CMF enviará al consultante, al correo electrónico registrado por éste, un archivo en pdf con la misma información señalada precedentemente.

III. Consentimiento

1. Selección de los seguros a compartir

Los requisitos y condiciones de la comunicación del consentimiento serán los mismos establecidos en el Título I de este Anexo Técnico.

2. Compañías con las que se desea compartir

Seleccionado el seguro cuya información se desea compartir, el asegurado o contratante deberá indicar la o las compañías de seguros con las cuales desea compartir la información, de una lista que le proveerá el SICS, de acuerdo a un formato similar al siguiente:

Consentimiento

Seguro a consentir: Seguro 1

Aseguradora: Compañía de seguros A

N°	Compañía de seguros	Marque las compañías con las que quiere compartir la información de su contrato
1	Compañía de seguros B	<input type="radio"/>
2	Compañía de seguros C	<input type="radio"/>
3	Compañía de seguros D	<input type="radio"/>
4	Compañía de seguros E	<input type="radio"/>
5	Compañía de seguros F	<input type="radio"/>
6	Compañía de seguros G	<input type="radio"/>
7	Todas	<input checked="" type="radio"/>

El SICS solicitará al asegurado o contratante que ratifique su intención de compartir la información del seguro seleccionado con las compañías seleccionadas. La CMF guardará el consentimiento otorgado.

3. Información a la compañía obligada a compartir

Una vez que el asegurado o contratante que consiente que la compañía en la que mantiene un determinado contrato de seguros – compañía obligada – comparta por una única vez la información de éste e indique las compañías de seguros con las que desea se comparta la información, el SICS informará a la compañía obligada, a través del Sistema, respecto a la voluntad del consultante de modo que ésta pueda cumplir con la solicitud del cliente.

Servicio de Consentimiento

Formato estructurado json para consumir el servicio de Consentimiento:

Ejemplo:

```
{
  "Consentimiento": {
    "CodigoID": "yyyymmddNNNNNNNN",
    "LLave": "0e1d04f9f5ad8fb4c23ed2877a0d2476",
    "Fecha": "YYYY/MM/DD HH24:MI:SS",
    "InformacionConsentir": {
      "Rut": "NNNNNNNN-K",
      "RazonSocial": "",
      "Grupo": "",
      "Contratante": {
        "TipoIdentificacion": "RUT",
        "NumeroIdentificacion": "NNNNNNNN-K",
        "NombreRazonSocial": ""
      },
      "DatosCorredorAsesor": {
        "TipoIdentificacion": "RUT",
        "NumeroIdentificacion": "NNNNNNNN-K",
        "NombreRazonSocial": ""
      },
      "DetallePoliza": {
        "POL": [
          {
            "Codigo": "",
            "Ramo": "NNNNN",
            "FechaInicio": "YYYY/MM/DD",
            "FechaTerminoIndeterminada": "SI",
            "FechaTermino": "YYYY/MM/DD",
            "Clausulas": [
              {
                "Codigo": "",
                "Ramo": "NNNNN",
                "FechaInicio": "YYYY/MM/DD",
                "FechaTerminoIndeterminada": "SI",
                "FechaTermino": "YYYY/MM/DD"
              }
            ]
          }
        ]
      }
    }
  }
}
```

```

    }
  },
  "CompaniasConsentir": [
    {
      "Rut": "NNNNNNNN-K",
      "RazonSocial": "",
      "Grupo": ""
    },
    {
      "Rut": "NNNNNNNN-K",
      "RazonSocial": "",
      "Grupo": ""
    }
  ]
}
}
}

```

Descripción de Parámetros:

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo llamado **Consentimiento**

Nombre	Tipo	Descripción
CodigoID * Obligatorio	INT(16)	Identificador único de la transacción
Llave * Obligatorio	VARCHAR (32)	Valor adicional de la consulta que debe volver con la respuesta (<i>del sistema integrador</i>). Este es un parámetro interno enviado por la CMF
Fecha * Obligatorio	DATETIME	Fecha y hora en que la CMF despacha la consulta. Formato: yyyy/mm/dd hh24:mi:ss
InformacionConsentir * Obligatorio	ARRAY	Datos del Seguro que se va a consentir
CompaniasConsentir * Obligatorio	ARRAY	Compañías para consentir según lo indicado por el asegurado.

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo llamado **InformacionConsentir**

Nombre	Tipo	Descripción
Rut * Obligatorio	VARCHAR(12)	Rut de la compañía obligada a compartir la información Formato: NNNNNNNN-K.
RazonSocial * Obligatorio	VARCHAR(150)	Razón Social de la Compañía obligada a compartir la información
Grupo * Obligatorio	VARCHAR(10)	Grupo al cual pertenece la entidad obligada a compartir la información Carácter con los siguientes valores: <ul style="list-style-type: none"> • VIDA • GENERALES
Contratante * Obligatorio	ARRAY	Datos del contratante, podrían ser igual a los datos del asegurado
DatosCorredorAsesor	ARRAY	Datos del corredor de seguros o asesor previsional, si los hubiere

DetallePoliza * Obligatorio	ARRAY	Array que contendrá las POL y las CAD
--------------------------------	-------	---------------------------------------

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo llamado **Contratante**

Nombre	Tipo	Descripción
Tipoidentificacion * Obligatorio	VARCHAR(10)	Señala el tipo de identificador del contratante (Debe informar "RUT")
Numeroidentificacion * Obligatorio	VARCHAR(20)	Número que identifica al contratante. Al ser de tipo RUT, el formato debe ser: Formato: NNNNNNNN-K
NombreRazonSocial * Obligatorio	VARCHAR(150)	Nombre o Razón Social del contratante

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo llamado **Datos del corredor o Asesor** en caso que los hubiere.

Nombre	Tipo	Descripción
Tipoidentificacion * Obligatorio (en caso de informar el arreglo)	VARCHAR(10)	Señala el tipo de identificador del corredor o asesor (Debe informar "RUT")
Numeroidentificacion * Obligatorio (en caso de informar el arreglo)	VARCHAR(20)	Número que identifica al corredor o asesor. Al ser de tipo RUT, el formato debe ser Formato: NNNNNNNN-K
NombreRazonSocial * Obligatorio (en caso de informar el arreglo)	VARCHAR(150)	Nombre o Razón Social del corredor o asesor

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz llamada **DetallePoliza**

Nombre	Tipo	Descripción
POL	ARRAY	Pólizas del contrato

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz llamada **POL**

Nombre	Tipo	Descripción
Codigo *Obligatorio	VARCHAR(12)	Código de póliza incorporada en el depósito de la CMF (POLXXXXXXXXX)
Ramo *Obligatorio	VARCHAR(5)	Ramo de acuerdo a la Circular N°2022.
FechaInicio *Obligatorio	VARCHAR(10)	Fecha de inicio de vigencia de la cobertura individual en la póliza Formato: YYYY/MM/DD
FechaTerminoIndeterminada *Obligatorio	VARCHAR(2)	Indique SI en caso de no existir una fecha de término conocida. En caso contrario debe indicar NO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
FechaTermino *Obligatorio en caso de responder NO en FechaTerminoIndeterminada	VARCHAR(10)	Fecha de término de la vigencia individual de la póliza Formato: YYYY/MM/DD
Clausulas	ARRAY	Ciáusulas del contrato

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz llamada **Cláusulas**

Nombre	Tipo	Descripción
Codigo *Obligatorio	VARCHAR(12)	Código de clausula inscrita en el depósito de la CMF (CADXXXXXXXXXX)
Ramo *Obligatorio	VARCHAR(5)	Ramo de acuerdo a la Circular N°2022.
FechaInicio *Obligatorio	VARCHAR(10)	Fecha de inicio vigencia de la cobertura individual en la cláusula Formato: YYYY/MM/DD
FechaTerminoIndeterminada *Obligatorio	VARCHAR(2)	Indique SI en caso de no existir una fecha de término conocida. En caso contrario debe indicar NO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
FechaTermino *Obligatorio en caso de responder NO en FechaTerminoIndeterminada	VARCHAR(10)	Fecha de término de vigencia de la cobertura individual de la cláusula Formato: YYYY/MM/DD

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz llamada **CompañiasConsentir**

Nombre	Tipo	Descripción
Rut * Obligatorio	VARCHAR(12)	Rut de la compañía con la que se debe compartir la información Formato: NNNNNNNN-K.
RazonSocial * Obligatorio	VARCHAR(150)	Razón Social de la Compañía
Grupo * Obligatorio	VARCHAR(10)	Grupo al cual pertenece la entidad Carácter con los siguientes valores: <ul style="list-style-type: none"> • VIDA • GENERALES

Formato estructurado json de respuesta para el servicio de Consulta de Pólizas

Ejemplo:

```
{
  "RespuestaServicio": {
    "Codigo": 200,
    "Mensaje": "OK",
    "LLave": "94dfe0ec1c717475b86f4db71de554ba"
  }
}
```

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo llamado **RespuestaServicio**

Nombre	Tipo	Descripción
Código * Obligatorio	INT(4)	Código del estado de la respuesta, en caso de ser exitoso debe ser 200, de lo contrario indicar el código de error (Utilizar Códigos de estado de

		respuesta HTTP)
Mensaje * Obligatorio	VARCHAR(200)	En caso de éxito "OK" de lo contrario indicar un mensaje de error
Llave * Obligatorio	VARCHAR(32)	Retorna la Llave enviada por la CMF aplicando md5(LLaveCMF)

4. Confirmación al solicitante

Por cada contrato de seguro que el asegurado o contratante haya seleccionado en el SICS para ser compartido, recibirá un comprobante electrónico de cumplimiento de su voluntad.

IV. Información de los riesgos que comercializa cada aseguradora

A través de la aplicación disponible en el módulo SEIL del sitio web de la CMF, las compañías de seguros deberán mantener actualizada la información sobre los riesgos de seguros que comercializan o por los que estarán dispuestas a efectuar ofertas de seguros a los consultantes del SICS.

Para lo anterior, las aseguradoras deberán marcar en la aplicación los riesgos de seguros, según el formato similar al que se señala a continuación.

Ingreso ramos de seguros

Compañía de Seguros de Vida		Compañía de Seguros Generales	
<input type="checkbox"/> Temporal de Vida	<input type="checkbox"/> Seguros CUI	<input type="checkbox"/> Incendio y adicionales	<input type="checkbox"/> Daños Físicos Vehículos Motorizados G1
<input type="checkbox"/> Vida Entera	<input type="checkbox"/> Protección Familiar	<input type="checkbox"/> Robo	<input type="checkbox"/> Daños Físicos Vehículos Motorizados G2
<input type="checkbox"/> Mixto o Dotal	<input type="checkbox"/> Incapacidad o Invalidez	<input type="checkbox"/> Multirriesgos	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Vehículos Motorizados
<input type="checkbox"/> Renta privada	<input type="checkbox"/> Accidentes Personales	<input type="checkbox"/> Equipo Contratista	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil General
<input type="checkbox"/> Dotal Puro o Capital diferido	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Equipo Electrónico	<input type="checkbox"/> Accidentes Personales
<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Desgravamen	<input type="checkbox"/> Avería de Maquinaria	<input type="checkbox"/> Salud
<input type="checkbox"/> Seguros APV		<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Todo Riesgo Construcción y Montaje
		<input type="checkbox"/> Garantía	<input type="checkbox"/> Fidelidad

Una vez ingresada la información, la aseguradora recibirá un correo electrónico indicando que se ha grabado satisfactoriamente la información.

V. Información de las aseguradoras a la CMF

Dentro de los primeros 5 días hábiles del mes de julio y del mes de enero, mediante el sistema habilitado en el módulo SEIL del sitio web de la Comisión, todas las compañías de seguros deberán proporcionar información relativa a las consultas recibidas desde el Sistema y de las solicitudes de compartir información durante el semestre inmediatamente anterior.

Para ello, las aseguradoras deberán enviar en julio un archivo que contendrá la información entre el 1 de enero y el 30 de junio del año que se informa. En el mes de enero, el archivo contendrá la información entre el 1 de julio y el 31 de diciembre del año que se informa.

Los archivos serán secuenciales o consecutivos de tipo texto, en código ASCII, con registros de largo fijo, cuyos formatos y contenidos se deberán ajustar a las especificaciones detalladas a continuación.

1. Descripción de los registros

Registro tipo 1: identificación de la compañía de seguros

Contendrá información que permita identificar a la Compañía y el período a que se refiere la información. Sólo se deberá informar un registro de este tipo y deberá ser el primero del archivo.

Registro tipo 2: información de consultas recibidas y respondidas

Contendrá antecedentes acerca de cada consulta recibida y respondida en el semestre que se informa.

Registro tipo 3: información de instrucción de consentimiento

Contendrá información de cada solicitud de compartir que haya recibido la compañía de seguros diariamente.

Registro tipo 4: total registros

Contendrá información de control relativa al número total de registros informados. Sólo se deberá informar un registro de este tipo y deberá ser el último del archivo.

Todos los registros, independientemente del tipo que se trate, deben tener **97** caracteres de largo.

El hecho de no haber recibido consultas o solicitudes de consentimiento durante un semestre, no exime a la compañía de la obligación de enviar el archivo a esta Comisión. En dicho caso, este sólo debe contener el registro tipo 1 y 4.

2. Formato de cada tipo de registro

Registro tipo 1: IDENTIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CAMPO	DESCRIPCION	FORMATO
TIPO-REGISTRO	Debe tener valor "1".	9(01)
PERIODO-INFORMADO	Fecha de cierre de la información. Debe expresarse en formato AAAAMM.	9(06)
RUT-ASEGURADORA	Número del Rol Único Tributario (R.U.T.) de la Compañía de Seguros que informa.	9(09)
VER-ASEGURADORA	Dígito verificador del R.U.T. de la Compañía de Seguros que informa. Debe informarse en letra mayúscula en caso que corresponda al dígito verificador "K"	X(01)
ASEGURADORA	Razón social de la Compañía de Seguros que informa. Debe informarse en letras mayúsculas.	X(80)

Registro tipo 2: INFORMACIÓN DE CONSULTAS RECIBIDAS Y RESPONDIDAS

CAMPO	DESCRIPCION	FORMATO
TIPO-REGISTRO	Debe tener valor "2".	9(01)
FECHA	Debe indicarse el día que se recibió la consulta en la compañía. Debe expresarse en formato AAAAMMDD.	9(08)
RESPUESTA	Debe indicarse si se respondió la consulta. Los códigos permitidos son: S: Sí N: No	X(01)
CONTENIDO_RESPUESTA	En caso que en el campo RESPUESTA se haya respondido "S", se debe indicar si la respuesta fue positiva o no. Los códigos permitidos son: P: Se informaron seguros con obligaciones vigentes. N: No se informaron seguros con obligaciones vigentes. Si en el campo RESPUESTA se respondió "N", este campo debe informarse en blanco.	X(01)
NUMERO_CONTRATOS	En caso que en el campo RESPUESTA se haya indicado "S" y en el campo CONTENIDO_RESPUESTA se haya indicado "P", en este campo se debe indicar el número de contratos informadas. En caso contrario debe informarse en cero.	9(03)
FILLER	Sólo se deben grabar espacios	X(83)

Registro tipo 3: INFORMACIÓN DE INSTRUCCIÓN DE CONSENTIMIENTO

CAMPO	DESCRIPCION	FORMATO
TIPO-REGISTRO	Debe tener valor "3".	9(01)
FECHA	Debe indicarse el día que se recibió la solicitud de compartir la información del contrato. Debe expresarse en formato AAAAMMDD.	9(08)
NUMERO	Número de solicitudes de compartir Debe indicar el número de solicitudes de compartir que recibió en el día informado.	9(04)
FILLER	Sólo se deben grabar espacios	X(84)

Registro tipo 4: TOTAL REGISTROS

CAMPO	DESCRIPCION	FORMATO
TIPO-REGISTRO	Debe tener valor "4"	9(01)
TOTAL-REGISTROS	Número total de registros informados en el archivo. Esto es, suma de la cantidad de registros tipo 1, 2 y 3.	9(08)
FILLER	Sólo se deben grabar espacios.	X(88)



www.cmfchile.cl