



COMISIÓN
PARA EL MERCADO
FINANCIERO

INFORME NORMATIVO FINAL

**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.**

Abril 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.

Abril 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.....	11
	4. Respuesta en tiempo real.....	12
	5. Información a entregar al consultante	12
	6. Fecha de cierre de la información a entregar al consultante	13
	7. Consentimiento	13
	8. Anexo técnico	14
	9. Información de cada compañía a la CMF	14
IV.	Marco jurídico local.....	14
V.	Evaluación de impacto regulatorio.....	14
VI.	Comentarios recibidos en la consulta pública.....	15
VII.	Normativa emitida.....	26
VIII.	Contenido Anexo Técnico disponible en SEIL de la CMF	36

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.

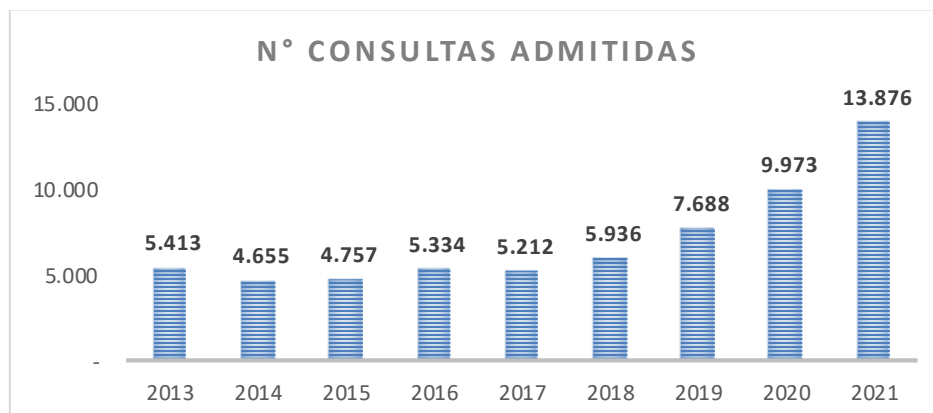
El contenido específico de la información que deben proporcionar las aseguradoras será determinado por el reglamento. Las características asociadas a esa información, tales como el formato, medios de envío, plazos y otros, serán determinadas por las instrucciones o normas de carácter general que imparta 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 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:



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

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

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 y automático.
- 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 emitirse, 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.

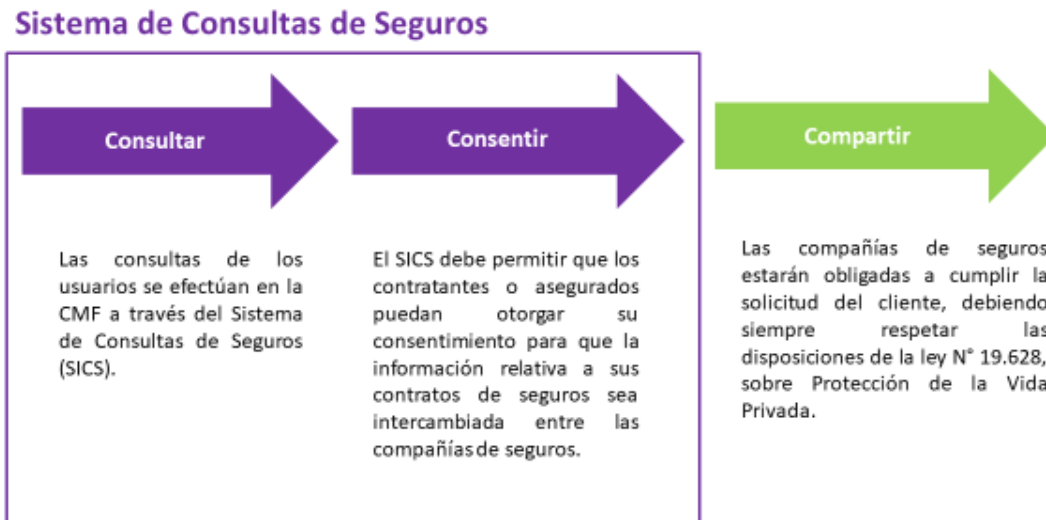
III. Diagnóstico y contenido del proyecto normativo

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 con el objeto de obtener nuevas ofertas de seguros.

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.

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.

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.

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

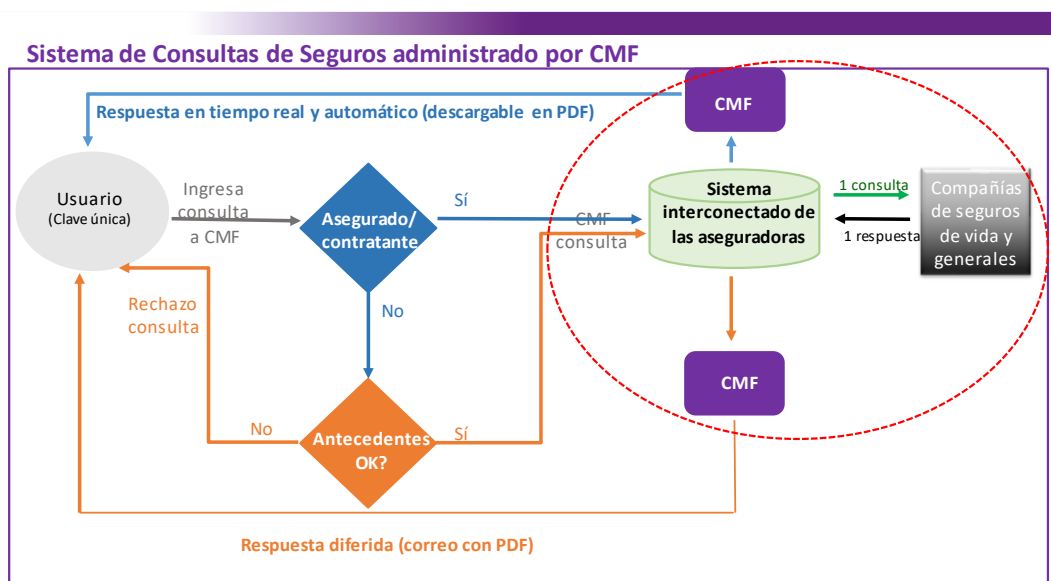
Esta opción contempló establecer que todas las compañías de seguros creen un sistema interconectado entre ellas con el cual se conecte la CMF, que permita centralizar las consultas efectuadas en el SICS, distribuir dichas consultas a las aseguradoras, recoger las respuestas de éstas y enviarlas a la 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 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. 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 legales de una persona jurídica respecto de los seguros contratados por la empresa a quien representa, así como en caso que el solicitante actúe por poder, 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, 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 sus bases de datos 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 normativa, será de 12 segundos.

Por otra parte, la normativa 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 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 para ese RUT de aquellas que no respondieron la

consulta en el tiempo establecido.

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 normativa establece que las compañías deberán proporcionar al consultante, información actualizada con un plazo no mayor a 5 días hábiles, tanto para seguros individuales como colectivos, ya sea contratados de manera directa en la aseguradora o a través de intermediarios de seguros. No obstante, dicha frecuencia máxima de actualización durante el año 2022 será de 10 días hábiles.

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 de seguros.

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 pueda 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 (compañía obligada), 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 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 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° 251.

Al implementarse la normativa se podrá obtener, de manera sencilla y rápida, la información referente a los seguros, 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 alrededor 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. Por otro lado, la CMF deberá efectuar los cambios necesarios a la aplicación “Conoce tu seguro” y a las estadísticas del SICS que se publican en el sitio web.

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. Comentarios recibidos en la consulta pública

La propuesta de norma fue puesta en consulta pública entre el 4 y el 18 de marzo de 2022, recibándose comentarios de 11 entidades distintas.

A continuación, se exponen los principales comentarios recibidos y se entrega una respuesta a ellos.

1. Disponibilidad del Sistema

- a) Un estándar de 100% de up time (operar 24 horas al día en forma ininterrumpida) no es posible de comprometer en la realidad. Se sugiere solicitar de manera más realista y la vez con un alto nivel de exigencia, un up time de disponibilidad del sistema de 99,5 %, valor que se calcule bajo una base anual de 8.760 horas (24*365), de las cuales 44 horas al año podría no estar disponible el servicio. Obviamente cualquiera sea la razón de la interrupción programada o eventual caída del sistema, aunque esté dentro de las 44 horas factibles de indisponibilidad, debe ser informada en detalle.

Respuesta CMF

Se recogió el comentario. La norma final establece una exigencia de up time.

- b) Se hace referencia a que la responsabilidad será de “las Compañías de Seguros”, considerándolas como un todo, no señalando nada respecto a la obligación personal que le cabe a cada una de las Aseguradoras. A modo de ejemplo, si una nueva Aseguradora ingresa al mercado, y decide no integrarse al sistema interconectado al que ya se encuentran acogidas las demás Compañías, no es posible de atribuir responsabilidad de más Aseguradoras.

Respuesta CMF

Toda nueva compañía debe interconectarse, siendo ella la responsable de cumplir con la obligación que establece el artículo 12 del DFL N° 251. Para una mejor supervisión, se ha incorporado en la norma final la siguiente exigencia: *“El Sistema deberá permitir a la Comisión consultar en cualquier momento cuáles son las compañías que son parte de él.”*

- c) La propuesta normativa indica que, en los casos en que se deje de entregar el servicio es necesario contar con un ejecutivo que entregue la respuesta en línea. Esto último, ¿aplicaría en todos los casos?

Respuesta CMF

La exigencia de un ejecutivo se encuentra asociada a la NCG N°342. No aplica para este nuevo sistema.

- d) Respecto a la obligatoriedad de las compañías de seguros de informar todo cambio en el funcionamiento o relación con el sistema, se solicita aclarar si esto incluye las suspensiones temporales con motivo de mantenciones programadas.

Respuesta CMF

Efectivamente deberán informarse con antelación las suspensiones temporales. Se ha incorporado esta obligación en la norma final.

- e) Se debería establecer la validez de un cumplimiento colectivo o conjunto respecto de las obligaciones de las compañías en cuanto a proveer información sobre la forma de conexión con el sistema y sobre las especificaciones técnicas de las interfaces de comunicación, con ello se evitaría la repetición de comunicaciones equivalentes de cada una de las compañías.

Respuesta CMF

En la norma final se estableció que las compañías deberán definir un procedimiento para remitir a la Comisión la información que exige la normativa, de forma tal que se realice un solo envío, para todas las

aseguradoras en conjunto.

2. Quienes pueden consultar en el sistema

En ciertos productos, se contempla que los beneficiarios, según la voluntad del contratante, sean personas previamente determinadas, y respecto de cuotas específicas, no siendo necesariamente beneficiarios de un seguro los herederos legales, por lo que este precepto deja afuera de la posibilidad de consultar a través de este sistema a dichos beneficiarios. Además, no se mencionan como legítimos interesados a los convivientes civiles, sólo se indican en el Anexo Técnico.

Respuesta CMF

Como se señala en el número “**3. Quiénes podrán consultar en el SICS**” del informe normativo, 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.

El conviviente civil no se encuentra señalado expresamente en la ley; sin embargo, al ser un heredero, por motivos de acceso directo y en el evento que dicho conviviente desconozca su calidad de heredero, la aplicación contempla que pueda consultar invocando directamente la calidad de conviviente civil.

3. Actualización de las bases de datos de las aseguradoras

- a) La preocupación que emana de este punto, es que podría limitar la factibilidad de ofrecer seguros ‘innominados’, lo que puede darse, por ejemplo, en ciertos seguros colectivos, donde se requiera un seguro que cubra riesgos de trabajadores por días o por horas y que, dada la variabilidad de esta información, no podrían informarse en este sistema. Es muy importante dejar abiertas estas opciones a las empresas que tienen válido interés en proteger a sus trabajadores, pero cuya operación no se da de manera constante en un mes.

Algo similar aplica a seguros colectivos, donde la nómina de cubiertos no siempre se actualiza con la periodicidad que este sistema demanda.

Respuesta CMF

El artículo 12 del DFL N° 251 no efectúa excepciones a tipos de seguros ni su forma de comercialización ni sus características particulares. Por ello, la norma final establece que las compañías deberán informar al sistema con el corte máximo de actualización de 5 días hábiles. La norma final establece un periodo transitorio de 6 meses en que se podrá actualizar la información en un máximo de 10 días hábiles.

- b) Ampliación de plazo para actualizar la información. Se recibieron diversas solicitudes para que se amplíe el plazo, estableciendo alguna gradualidad.

Respuesta CMF

La norma final establece un periodo transitorio de 10 días hábiles durante los primeros 6 meses de funcionamiento del sistema.

- c) Se solicitó que se otorgue un periodo de marcha blanca para lograr implementar los cambios operativos y sistémicos que permitan cumplir con la exigencia comentada (al menos, de 1 año desde la entrada en vigencia de la norma).

Respuesta CMF

No es posible ampliar el plazo puesto que la ley estableció la fecha de inicio del nuevo sistema (60 días después de emitida la normativa).

- d) Se solicitó precisar si los días hábiles señalados en la norma corresponden a aquellos definidos en el artículo 59 del Código Civil o en el artículo 25 de la Ley 19.880.

Respuesta CMF

Se aclaró en la norma final, debiéndose aplicar el artículo 64 del DL N°3538 (días hábiles administrativos: de lunes a viernes, sin considerar festivos).

4. Respuesta de las aseguradoras a la consulta

- a) Lo referido en el número 5 del título I de la norma, relativo a Respuesta de las compañías de seguros, el contenido de ésta, señala en la letra d) que se debe incluir nombre o razón social y RUT/RUN del Corredor de Seguros o Asesor previsional, si los hubiere. Al respecto, cabe señalar que esta letra no contempla la opción de identificar a agentes de venta regulados por la NCG N°49 de esa Comisión, en el evento de existir

Respuesta CMF

Efectivamente la norma en consulta no lo contempló, ya que la compañía de seguros es la responsable de los seguros contratados con la intervención de un agente de ventas.

- b) Prescripción de los contratos. Se sugirió que se enmiende la redacción de forma tal que el despliegue de información no genere confusión para el consultante, en el sentido de que se distinga claramente qué contratos de seguros están terminados y cuáles aparecen en la consulta porque se encuentra en curso el plazo de prescripción.

Respuesta CMF

Para los seguros que han terminado su vigencia natural, la información que se proporcionará al consultante indicará para estos casos “No vigente”, explicándose el motivo por el cual se informa ese seguro.

- c) Dada la dificultad para poder consolidar la información solicitada en el plazo propuesto, se consulta si existe la posibilidad de acotar los puntos requeridos a los mínimos ya solicitados por el art 12, esto es: indicación de las compañías aseguradoras contratantes; del intermediario, en caso que corresponda; del contratante o asegurado y la indicación de la vigencia y el tipo de seguro de que se trata, de acuerdo al código en el Depósito de Pólizas respectivo. Por lo demás, se puede señalar que añadir mayor información como por ejemplo el “estado de la póliza” puede llegar a generar confusión en el consultante dado que en ella deberá incluirse las vigentes y “no vigentes” pero con “obligaciones vigentes” referidas al periodo de prescripción de las mismas señalado en el Código de Comercio.

Respuesta CMF

No se acogió el comentario. La información solicitada es la que establece la ley y no difiere sustancialmente de la que se solicita en el sistema vigente. Se adicionaron sólo 3 datos respecto al mínimo que señala la ley: número o código interno de la póliza; condición de póliza individual o póliza

colectiva; fecha de cierre de la información. Además, la ley establece que deben informarse los seguros por los que se mantenga obligaciones vigentes, no habiéndose innovado respecto al sistema vigente.

- d) Respecto a aspectos más operativos de la norma en consulta, es preciso tener presente que puede darse el caso en el que una aseguradora, por diversas razones, no entregue respuesta en tiempo y forma, por lo que sería conveniente que se contemple como respuesta al consultante la opción “no responde”, con el nombre de la compañía que no respondió la solicitud. De esta forma, tendría claridad de la compañía a la cuál dirigir la nuevamente la consulta, y no necesariamente volver a reingresar una consulta genérica a todas las aseguradoras.

Respuesta CMF

La respuesta al consultante contendrá el nombre de la o las compañías de seguros que no dieron respuesta a la consulta. Por el momento, el sistema no contempla la posibilidad de consultar a una compañía de seguros en específico ni por un tipo de seguro en particular; por lo tanto, el usuario deberá ingresar una nueva consulta en forma posterior si le interesa obtener respuesta de alguna o todas esas compañías que no respondieron.

5. Consentimiento del asegurado o contratante

- a) Respecto al consentimiento que podrán dar los asegurados y contratantes de seguros de recibir ofertas, el borrador no describe de forma cabal y específica el tipo de ofertas que podrán recibir asegurados y contratantes y de qué forma.
- b) Sería recomendable que la norma indicara “*cuyo único objetivo es compartir la información del contrato para obtener ofertas de seguros y de ninguna otra índole*”, esto por cuanto el dato que se compartirá, junto con el contrato, es el e-mail del asegurado.

Respuesta CMF

Se especificó en la norma final que se refiere a ofertas de seguros.

- c) Dentro del análisis de impacto no se ha contemplado el impacto legal, económico y de competencia en el mercado asegurador, que tiene la falta de inclusión de los Corredores de Seguros dentro de aquellas entidades respecto de las cuales el asegurado o contratante puede permitir compartir la información que obtenga de la consulta, con el fin de obtener nuevas ofertas de seguros. La consecuente falta de análisis del impacto recién comentado, ha llevado a que en definitiva el Borrador de Norma no contemple la participación de los Intermediarios de Seguros en este nuevo proceso de oferta de seguros.

Es claro que el actual Borrador de Norma, tal como está propuesto a la fecha, generará un efecto no deseado en materia de libre competencia, al excluir -a los Corredores de Seguros-, a uno de los partícipes autorizados legalmente para la oferta de seguros en un universo aproximado de 13.000 clientes anuales, que seguramente irá creciendo en el tiempo con la difusión y educación financiera en esta nueva herramienta. Por tanto, esta normativa, en relación a este punto, debería ser de consulta con la Fiscalía Nacional Económica, si no es ajustada en los términos aquí solicitados.

Respuesta CMF

Dado el origen de la norma, la naturaleza de la información y la Ley N° 19.628, al dictar la norma la CMF debe ceñirse estrictamente a lo que señala el artículo 12 del DFL N° 151:

*“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.”*

La necesidad de consultar a la FNE debe ampararse en artículo 37 bis de la Ley N°19.880, esto es que la norma *“tenga claros efectos en los ámbitos de competencia”* de la FNE. En este caso, la propuesta normativa replica lo señalado en la ley, de modo que no resulta necesario la consulta a la FNE toda vez que las entidades a consultar están contempladas en la ley.

Por otra parte, la evaluación de impacto del presente informe normativo se refiere a la norma en sí misma, no al impacto de la ley.

- d) Pareciera que la norma sólo contempla la opción de recibir ofertas para los contratantes y/o asegurados de pólizas, dejando fuera a todos los demás legitimarios que contempla norma que pueden realizar consultas a través del SICS.

Respuesta CMF

La ley sólo contempla que pueda consentir aquella persona que tiene la calidad de asegurado o contratante del seguro. No es posible que una cónyuge, la cual consulta por los seguros que tenía su marido fallecido, consienta que se comparta la información de los contratos del difunto *“con el fin de obtener ofertas”* para éste.

- e) Dado que la norma no incluye a los intermediadores de los seguros directamente y teniendo en consideración que el asegurado al tener una oferta atractiva podría renunciar al seguro vigente, sin tomar en consideración otros puntos como lo son las exclusiones o valor del deducible, por ejemplo, vemos con preocupación la nula asesoría que tendrán en la toma de esa decisión. Se pregunta si es posible entregar dicha información de oferta disponibles al intermediador (si hubiere) para poder cumplir con la obligación de asesoría que debe entregarse al asegurado por dicha parte.

Respuesta CMF

El artículo 12 del DFL N° 251 señala que debe compartirse la información entre compañías de seguros y el usuario autorizará las compañías con que se deberá compartir. El sistema establecido en el artículo 12 del DFL N° 251 no contempla la posibilidad de compartir información con corredores de seguros.

- f) El borrador de norma señala que *“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”*. A este respecto, el borrador de norma no se pronuncia sobre quién emite el comprobante electrónico, si acaso lo debe emitir la compañía aseguradora o bien el sistema lo generará de forma automática.

Respuesta CMF

Se eliminó de norma por ser materia interna de la CMF. No obstante, la CMF informará al consultante que su autorización ha sido recibida.

6. Obligación de compartir información del contrato

a) Participación de la información

- Suponemos que el propio sistema, será el que comparta la información de los asegurados, de modo que la exigencia se refiere a que el SICS debe comunicarse con la seguridad indicada con las Compañías.
- Solicitamos aclarar cómo funcionará el intercambio de información entre las compañías de seguros.

Respuesta CMF

La normativa establece que *“el Sistema informará a la compañía obligada respecto a la voluntad del consultante, de modo que ésta pueda cumplir con la solicitud del cliente.”*. Las compañías obligadas pueden utilizar el sistema que estimen conveniente para cumplir la solicitud del cliente; no obstante, debe cumplir con las medidas de seguridad que establece la normativa.

- b) En relación a la elección de compañías a consultar/compartir, suele suceder que los asegurados no conocen los nombres de las compañías, por otra parte, las compañías van variando la oferta del tipo de riesgo que cubren, por lo que una tipología que hayan señalado ofrecer es factible que ya no exista en el momento en que el cliente seleccione esta compañía, así lo más recomendable sería que el cliente comparta con todos por defecto y que excluya casos, si es que tiene alguna objeción para con alguna.

Respuesta CMF

Es responsabilidad de las compañías de seguros mantener actualizada la información de los riesgos que están comercializando y por los que está dispuesta a efectuar ofertas. Para ello, la CMF dispondrá una aplicación en el SEIL.

Por otra parte, la ley establece que el objeto es obtener ofertas y que se debe resguardar la información del asegurado o contratante, por lo cual no es factible compartir con compañías que no han declarado que comercializan esos seguros.

- c) Plazo de respuesta para compartir información. Estimamos necesario que, de cara al asegurado o contratante que consintió en compartir información, exista un plazo determinado para que los agentes mandatados cumplan con dicha instrucción.

Respuesta CMF

Se recogió el comentario, la norma indica que debe compartirse en un plazo máximo de 5 días hábiles desde que la compañía obligada recibió la instrucción.

7. Implementación del sistema – marcha blanca

- a) Mayor plazo. Se recibieron varias solicitudes de ampliar la marcha blanca (1 año; 10 meses; 120 días)

Respuesta CMF

No es posible otorgar un mayor plazo para que el sistema inicie sus operaciones, toda vez que la ley lo estableció.

- b) Se sugiere que las pruebas se inicien a más tardar 10 días antes de la entrada en vigencia de la norma y que la primera carga se realice a más tardar 20 días antes de la entrada en vigencia.

Respuesta CMF

No es posible reducir el plazo de pruebas, toda vez que los 20 días son necesarios para efectuar los ajustes a todos los sistemas que deben implementarse.

La primera carga se requiere con 30 días de antelación para efectuar las pruebas del sistema de consentimiento.

- c) Se señala en la normativa que *“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”*.

En este sentido, se hace necesario que la norma precise si esta obligación implica que cada compañía deba generar un protocolo escrito propio y si este protocolo debe contener información en relación a los flujos internos de cada aseguradora frente al sistema.

En caso de que el protocolo deba considerar flujos o procedimientos internos, se debe precisar y acotar lo que quiere decir *“todo cambio en el funcionamiento o relación con el sistema”*, ya que se debiesen informar solo aquellos cambios significativos que afectan la entrega de información al Sistema a nivel compañía, excluyendo por ejemplo modificaciones como un cambio en el flujo interno de aprobaciones para subir información al mismo.

Respuesta CMF

Lo que se debe informar son los cambios tecnológicos que impacten al correcto funcionamiento del sistema.

8. Ofertas de las compañías con las que se compartió la información

- a) La norma se refiere a la posibilidad de que las compañías seleccionadas por el consultante realicen ofertas, pero no se pronuncia sobre el cómo éstas podrán ofrecerles nuevos productos, por lo que se entendería que la compañía seleccionada puede ocupar todos sus canales de contacto y de comercialización para concretar una oferta. Sería conveniente precisar lo anterior, o si acaso la intención de la norma es que sólo le contacte a través del sistema.

Respuesta CMF

El contacto para efectuar ofertas no tiene por qué ser a través del sistema interconectado de las aseguradoras. El nuevo artículo 12 del DFL N° 251 establece taxativamente que la información debe ser compartida *“entre compañías de seguros”* y que *“las compañías de seguros estarán obligadas a cumplir con la solicitud del cliente”*.

- b) Surge la inquietud de si será obligatorio mantener la información actualizada con la finalidad de obtener ofertas para aquellas compañías aseguradora que no querrían participar de la realización de ofertas.

Respuesta CMF

Efectivamente será obligatorio. La norma establece *“..... 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". Por lo tanto, al menos deberá actualizar los riesgos de seguros que comercializa.

9. Envío de información semestral a la CMF

No queda claro si la información a enviar semestralmente a la CMF respecto de solicitudes de consentimiento recibidas se refiere en calidad de compañía obligada o de compañía que recibe información de otra.

Respuesta CMF

Se aclaró en la normativa que cada compañía, de manera individual, debe enviar la información semestral a la CMF.

10. Anexo Técnico

- a) Disponibilidad del Anexo Técnico. Consideramos que las especificaciones dadas en el Anexo Técnico debieran ser materia propia de la normativa. Tal como ello está redactado, podría ocurrir que los cambios en cuestión sean críticos, sin que la CMF haya consultado previamente a las compañías de seguros. Debe tenerse en cuenta que tales cambios implicarán desarrollos computacionales en el sistema cuyo alcance, complejidad y costos son difíciles de presupuestar, salvo para quienes sean los responsables del sistema. Lo anterior, podría complicar el cumplimiento, y por lo tanto es un punto de riesgo. Asimismo, lo anterior podría producir costos desmedidos, lo cual es otro punto de riesgo. Lo expuesto, justifica que todo cambio a las especificaciones del Anexo Técnico, sea materia de la normativa, debiendo así pasar por las instancias de una correcta consulta y evaluación.

Respuesta CMF

El objeto de mantener el Anexo Técnico en el sitio web de la CMF es agilizar cualquier cambio que sea necesario, el cual puede estar originado en solicitudes de las mismas compañías de seguros, del administrador del sistema interconectado, del interior de la CMF, o bien de un cambio legal o administrativo. En caso de cambios sustanciales, la CMF coordinará previamente con todos los involucrados, considerando que éstos también impactan a la CMF. En caso de cambios menores, por ejemplo, el largo de un campo, la CMF lo informará oportunamente.

- b) Respecto al “Código de depósito de la póliza y cláusulas adicionales, si las hubiere” creemos que se debería establecer como obligatoria solamente la indicación del POL asociado a la póliza contratada, incorporando una nota que explique que el seguro puede considerar cláusulas adicionales que extienden los riesgos cubiertos cuyo detalle podrá ser consultado directamente con la propia aseguradora o a través del intermediario de la póliza. Esto, con el objetivo de evitar la entrega de excesiva información que, en los hechos, tiende a generar más confusión para los asegurados que a ayudar a un correcto entendimiento sobre lo que se le está informando.

Respuesta CMF

No se recogió el comentario. La solicitud implica que una persona que consulta en el SICS se le informe que tiene, por ejemplo, un seguro de incendio, pero para saber si está cubierto por el riesgo de sismo, debería consultar directamente a la aseguradora. Además, la información se requiere para obtener ofertas de otras compañías de seguros. Por último, no se está innovando respecto al sistema vigente.

- c) Respecto a “Estado de la póliza (vigentes/no vigentes con obligaciones vigentes, de acuerdo a lo establecido en el Código de Comercio): Nos parece confuso, el considerar “las no vigentes con obligaciones vigentes, de acuerdo a lo establecido en el Código de Comercio” ya que la sola lectura de la frase comentada resulta de difícil comprensión y se presta para múltiples interpretaciones.

Respuesta CMF

Para los seguros que han terminado su vigencia natural, la aplicación que verá el usuario indicará “No vigente”, explicándole por qué se muestran seguros no vigentes.

- d) Respecto de las consultas de personas con un interés legítimo (cónyuge, hijos, padres o herederos), se plantea que “la Comisión calificará la admisibilidad de la consulta, pudiendo requerir la entrega de otros documentos con el objeto de acreditar la calidad invocada” (Nro. 2 del título I). Creemos que sería importante, para evitar dilaciones innecesarias, que la Comisión determinara, en la misma norma, los documentos básicos que se requerirán a cada legítimo interesado (lo que, además, podría informarse de manera previa en el sistema), sin perjuicio de reservarse el derecho de requerir antecedentes adicionales para la acreditación de la calidad que se invoca.

Respuesta CMF

El actual SICS se indican los documentos que deben ser adjuntados. Esto se mantendrá en la nueva aplicación.

- e) El texto no ofrece claridad en su anexo técnico que para quienes tengan interés legítimo, sin ser asegurados o contratantes, no se desplegará la opción de compartir información. En este sentido, consideramos relevante que no se incluyan en esta opción a menos que cuenten con una autorización especial, ya que no son los titulares de la póliza.

Respuesta CMF

Cuando se trate de consultantes distintos de asegurados o contratantes, la pantalla en la que se mostrarán los seguros no contendrá la opción de compartir la información de los seguros que mantenía el fallecido o que mantiene el incapacitado judicialmente.

- f) En el modelo de consentimiento no se visualizan los datos de contacto (mail o teléfono) del contratante o asegurado en la información que recibe la compañía con la que se ha compartido aquella.

Respuesta CMF

En la normativa final se agregó el mail como obligatorio y el teléfono como opcional.

- g) En el punto II.3 no queda claro la forma de responder cuando el asegurado no se haya encontrado en la base, esto es, cuando no se encontraron seguros con obligaciones vigentes.

Respuesta CMF

El Sistema sólo informará a la CMF los seguros que fueron encontrados y el nombre de la o las compañías que no respondieron la consulta. Cuando un asegurado no se haya encontrado en la base, la compañía

deberá informarlo al sistema interconectado de las aseguradoras en la forma que lo definan las mismas aseguradoras. Por lo tanto, el sistema de las aseguradoras tendrá las respuestas positivas, las respuestas negativas y las compañías que no respondieron la consulta. El sistema deberá cuadrarse con el total de compañías de seguros vigentes a la fecha de la consulta.

- h) Respecto V.1, relativo a la descripción de los registros que se deben subir al SEIL, para el registro tipo 2 ¿Se debe responder detalladamente uno a una las consultas recibidas y respondidas o estas se deben agrupar para presentar totales?

Respuesta CMF

Debe informarse las consultas agregadas del día. Se efectuó un ajuste a la definición de registros.

- i) En el punto V.2, relativo al reporte semestral sobre consultas recibidas pareciera que la información requerida es incompleta (Registro tipo 2). No existe ningún identificador para cada consulta (RUT o código de la misma).

Respuesta CMF

No se está solicitando información de cada consulta recibida y respondida por las aseguradoras, sino un agregado por día. Se mejoró la redacción para que quede claro.

VII. Normativa emitida



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 abril de 2022

A todas las compañías de seguros del primer y segundo grupo

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° 282, de 7 de abril de 2022, se imparten las siguientes instrucciones de cumplimiento obligatorio para compañías de seguros y corredores de seguros.

Contenido

Introducción.....	28
I. Consultas sobre existencia de seguros	28
1. Cómo y quiénes pueden consultar en el SICs	28
2. Requisitos de la presentación y admisibilidad de la consulta	29
3. Obligaciones de las compañías de seguros	29
4. Formulación del requerimiento a las compañías de seguros	31
5. Respuesta de las compañías de seguros.....	31
6. Respuesta al consultante.....	32
7. Eliminación de respuestas recibidas	32
II. Consentimiento para compartir información de contratos de seguros.....	32
1. Cómo se podrá consentir	33
2. Qué información se podrá intercambiar.....	33
3. Con qué compañías se podrá intercambiar la información.....	33
4. Información de los riesgos que comercializa cada aseguradora	33
5. Información a la compañía obligada a compartir.....	34
III. Compartición de información con compañías seleccionadas	34
IV. Información de cada compañía a la Comisión	34
V. Anexo técnico.....	34
VI. Vigencia y derogación	34
VII. Transitorios	34

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.

La referencia a días hábiles corresponderá a días hábiles administrativos.

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. En todo caso, la Comisión calificará la admisibilidad de la consulta, pudiendo requerir la entrega de otros documentos con el objeto de acreditar la calidad invocada.

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 revisar los poderes de representación y proceder a la admisibilidad del requerimiento.

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 que se invoca 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.

El Sistema deberá permitir a la Comisión consultar en cualquier momento cuáles son las compañías que son parte de él.

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 cómo se conectarán con el Sistema y entregar a la Comisión un documento con las especificaciones técnicas de las interfaces de comunicación entre el Sistema 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. También deberán informar a la Comisión, con al menos 5 días hábiles de anticipación, las suspensiones temporales que deban efectuarse por mantención.

Las compañías deberán definir un procedimiento para remitir a la Comisión la información que exige la presente normativa, de forma tal que se realice un solo envío, para todas las aseguradoras en conjunto.

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 y las compañías de seguros deberán contar con un uptime de disponibilidad del 99,5%, valor que se calculará bajo una base anual de 8.760 horas (24*365 para un año no bisiesto) y 8.736 horas (24*364 en caso de año bisiesto), no pudiendo superar las 4 horas seguidas de downtime. No se computará en el downtime las suspensiones temporales del Sistema, debidamente informadas a la Comisión.

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 autorizadas.

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.

Las compañías deberán proporcionar al consultante, información actualizada con un plazo no mayor a 5 días hábiles. Lo anterior, aplicará tanto para seguros individuales como colectivos, ya sea contratados de manera directa en la aseguradora o a través de intermediarios de seguros.

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 asegurado o contratante y la calidad que invoca el consultante.

El tiempo 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, si las hubiere;
- i) Número o código interno de la póliza;
- j) Condición de póliza individual o póliza colectiva;
- k) Fecha más antigua de actualización de la información que se entrega.

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 los contratos de

seguros que él determine, 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.

El asegurado o contratante deberá, además, indicar expresamente si autoriza que las compañías seleccionadas le efectúen ofertas sobre riesgos distintos a los contemplados en el contrato cuya información se comparte.

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 de seguros.

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

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 de seguros, no se compartirá el número o código interno de la póliza ni la fecha de actualización de la información.

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 de seguros.

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 de seguros 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.

III. Participación 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 en un plazo máximo de 5 días hábiles desde que recibió la instrucción.

Para lo anterior, todas las compañías de seguros deberán establecer una vía de comunicación segura con las demás aseguradoras.

IV. Información de cada compañía a la Comisión

Dentro de los primeros 15 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, cada compañía de seguros, de manera individual, deberá proporcionar la información señalada 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; esto es, el día 7 de junio de 2022, fecha en que quedará derogada la Norma de Carácter General N° 342.

VII. Transitorios

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.

Sólo durante el año 2022, la periodicidad máxima permitida de actualización de la información será de hasta 10 días hábiles.

El primer envío de la información señalada en el Título IV de la presente norma deberá efectuarse en enero de 2023 y contendrá la información entre el 7 de junio y el 31 de diciembre de 2022.

La funcionalidad señalada en el segundo párrafo del número 3 del Título I de la presente norma deberá estar implementada, a más tardar, el 1 de octubre de 2022.

Las consultas ingresadas hasta el 6 de junio de 2022, se registrarán por lo establecido en la Norma de Carácter General N° 342.

KEVIN COWAN LOGAN
PRESIDENTE (S)
COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO

VIII. Contenido Anexo Técnico disponible en SEIL de la CMF

Fecha actualización: 08/04/2022

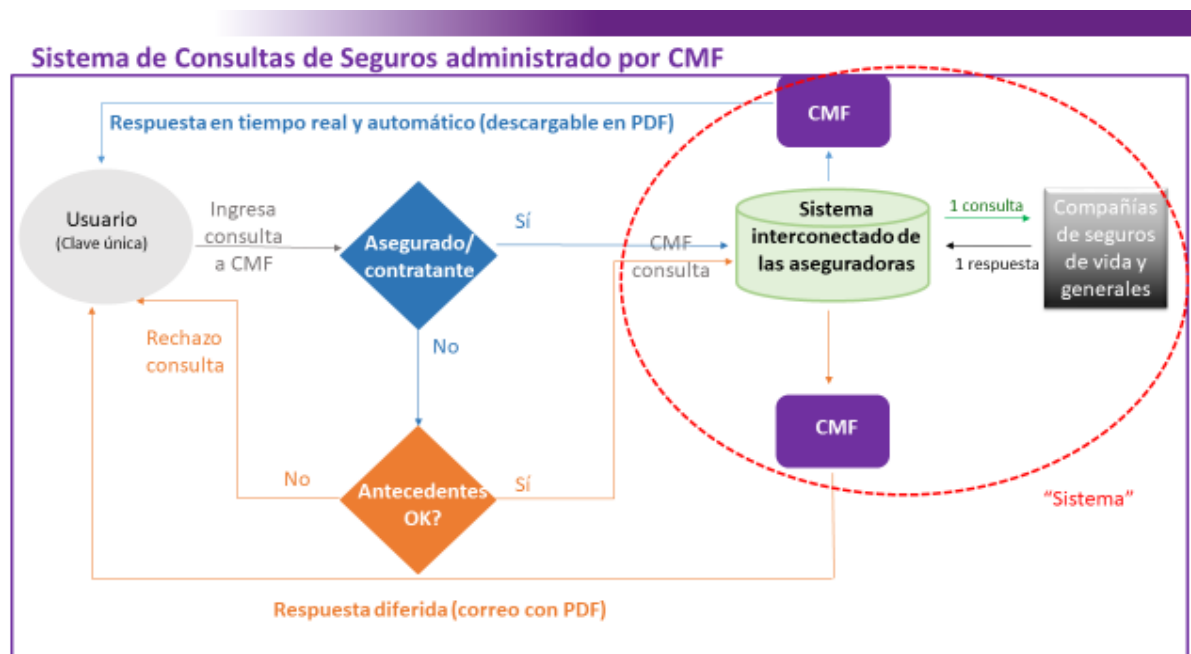
Aplica a contar del: 07/06/2022

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 la CMF y el Sistema 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).

La CMF enviará un RUT/RUN al sistema interconectado, debiendo las aseguradoras informar los seguros en que dicho RUT/RUN figura como asegurado y en los seguros que figura como contratante.

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 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 lo 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 (vigente/no vigente con obligaciones vigentes);
- 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 más antigua de actualización de la información que se entrega.

Se debe indicar la última fecha de actualización asociada a la póliza vigente que se informa. En caso de informarse más de una póliza vigente, corresponderá a la fecha más antigua de entre las fechas de última actualización de esas pólizas. No debe considerarse la fecha de actualización de pólizas no vigentes con obligaciones vigentes.

Ejemplo:

Póliza 1 actualizada por corredor 1: 1/7/2022

Póliza 2 actualizada por corredor 2: 5/7/2022

Fecha más antigua de actualización de la información que se entrega: 1/7/2022

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": "yyyymmddNNNNNNNN",
    "LLave": "94dfe0ec1c717475b86f4db71de554ba",
    "Fecha": "YYYY/MM/DD HH24:MI:SS",
    "CalidadInvocada": "HIJO",
    "TipoIdentificacion": "RUT",
    "NumeroIdentificacion": "NNNNNNNN-K"
  }
}
```

Descripción de Parámetros:

Los siguientes parámetros corresponden a la llamada del Servicio de Consultas.

Nombre	Tipo	Descripción
ConsultaCMF * Obligatorio	typeConsultaCMF	Contiene la Consulta de la CMF hacia el Sistema

Los siguientes parámetros forman parte de typeConsultaCMF (**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 o contratante (Rut, para personas Naturales o Rut_emp, para rut empresas) <ul style="list-style-type: none"> • RUT • RUT_EMP
Numeroidentificacion * Obligatorio	VARCHAR(20)	Número que identifica al asegurado o contratante. Al ser de tipo RUT/RUT_EMP, el formato debe ser Formato: NNNNNNNN-K

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

Respuesta de servicio de Consulta de Pólizas

Ejemplo:

```
{
  "RespuestaServicio": {
    "Codigo": 200,
    "Mensaje": "OK",
    "LLave": "94dfe0ec1c717475b86f4db71de554ba"
  },
  "ConRespuesta": [
    {
      "Rut": "NNNNNNNN-K",
      "RazonSocial": "",

```

```

"Grupo": "",
"FechaCierreInformacion": "YYYY/MM/DD",
"DetalleAseguradora": [
{
  "NumeroPoliza": "",
  "EstadoPoliza": "VIGENTE",
  "TipoColectivoIndividual": "INDIVIDUAL",
  "FechaInicioColectiva": "YYYY/MM/DD",
  "FechaTerminoColectivaIndeterminada": "SI",
  "Asegurado": {
    "TipoIdentificacion": "RUT",
    "NumeroIdentificacion": "NNNNNNNN-K",
    "NombreRazonSocial": ""
  },
  "Contratante": {
    "TipoIdentificacion": "RUT",
    "NumeroIdentificacion": "NNNNNNNN-K",
    "NombreRazonSocial": ""
  },
  "DatosCorredorAsesor": {
    "Corredor": [
      {
        "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": "",
      "EstadoPoliza": "VIGENTE",
      "TipoColectivoIndividual": "COLECTIVA",
      "FechaInicioColectiva": "YYYY/MM/DD",
      "FechaTerminoColectivaIndeterminada": "NO",
      "FechaTerminoColectiva": "YYYY/MM/DD",
      "Asegurado": {
        "Tipoidentificacion": "RUT",
        "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K",
        "NombreRazonSocial": ""
      },
      "Contratante": {
        "Tipoidentificacion": "RUT",
        "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K",
        "NombreRazonSocial": ""
      },
      "DatosCorredorAsesor": {
        "Corredor": [
          {
            "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": "NNNNNNNNN-K",
    "RazonSocial": "",
    "Grupo": ""
},
{
    "Rut": "NNNNNNNNN-K",
    "RazonSocial": "",
    "Grupo": ""
}
]
}

```

Descripción de Parámetros:

Los siguientes parámetros corresponden a la respuesta del Servicio de Consultas.

Nombre	Tipo	Descripción
RespuestaServicio * Obligatorio	typeConsultaCMF	Estado de la respuesta
ConRespuesta	typeConRespuesta	Información de las compañías que informaron seguros
SinRespuesta	typeSinRespuesta	Información de 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 deben ser enviadas en la respuesta a la CMF.

Los siguientes parámetros forman parte de typeRespuestaServicio (**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 del arreglo de typeConRespuesta (**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	typeDetalleAseguradora	Matriz que contiene los datos reportados por las compañías de seguros.

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo de typeDetalleAseguradora (**DetalleAseguradora**)

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 Formato: YYYY/MM/DD
Asegurado * Obligatorio	typeAsegurado	Datos del asegurado.
Contratante * Obligatorio	typeContratante	Datos del contratante. Podrían ser igual a los datos del asegurado
DatosCorredorAsesor	typeDatosCorredorAsesor	Datos del corredor de seguros o asesor previsional, si los hubiere
DetallePoliza * Obligatorio	typeDetallePoliza	Contendrá la información de las pólizas y cláusulas

Los siguientes parámetros forman parte de typeAsegurado (**Asegurado**)

Nombre	Tipo	Descripción
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
NombreRazonSocial * Obligatorio	VARCHAR(150)	Nombre o Razón Social del asegurado

Los siguientes parámetros forman parte de typeContratante (**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 de typeDatosCorredorAsesor (**DatosCorredorAsesor**)

Nombre	Tipo	Descripción
Corredor	arreglo de typeCorredor	Datos del Corredor o Asesor

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo typeCorredor (**Corredor**)

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 del arreglo typeDetallePoliza (**DetallePoliza**)

Nombre	Tipo	Descripción
POL	arreglo de typePOL	Pólizas del contrato

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo typePOL (**POL**)

Nombre	Tipo	Descripción
Codigo *Obligatorio	VARCHAR(50)	Código de la póliza incorporada en el depósito de la CMF (Ej.: POLXXXXXXXXX) En caso de contratos no incorporados al depósito de pólizas se deberá informar NOPOL
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	Arreglo de typeClausulas	Cláusulas del contrato de póliza.

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo typeClausulas (**Clausulas**)

Nombre	Tipo	Descripción
Codigo *Obligatorio	VARCHAR(50)	Código de cláusula incorporada en el depósito de la CMF (Ej: CADXXXXXXXXX) En caso de contratos no incorporados al depósito de pólizas se deberá informar NOCAD
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	VARCHAR(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

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo typeSinRespuesta (**SinRespuesta**)

Nombre	Tipo	Descripción
Rut * Obligatorio	VARCHAR(12)	Rut de la aseguradora que no respondió a la consulta
RazonSocial * Obligatorio	VARCHAR(150)	Razón Social de la aseguradora que no respondió a la consulta
Grupo * Obligatorio	VARCHAR(10)	Grupo de la Aseguradora que no respondió a la consulta: <ul style="list-style-type: none"> - VIDA - GENERALES

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.

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.

El asegurado o contratante deberá, además, indicar expresamente si autoriza que las compañías seleccionadas le efectúen ofertas sobre riesgos distintos a los contemplados en el contrato cuya información se comparte.

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",
    "Tipoidentificacion": "RUT",
    "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K",
    "NombreRazonSocial": "",
    "Email": "ejemplo@chile.cl",
    "Fono": "+56000000000",
    "OfertasOtrosSeguros": "SI",
    "InformacionConsentir": {
```

```

    "Rut": "NNNNNNNN-K",
    "RazonSocial": "",
    "Grupo": "",
    "Asegurado": {
      "TipoIdentificacion": "RUT",
      "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K",
      "NombreRazonSocial": ""
    },
    "Contratante": {
      "TipoIdentificacion": "RUT",
      "Numeroidentificacion": "NNNNNNNN-K",
      "NombreRazonSocial": ""
    },
    "DatosCorredorAsesor": {
      "Corredor": [
        {
          "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 corresponden a la llamada del Servicio de Consentimiento.

Nombre	Tipo	Descripción
Consentimiento * Obligatorio	typeConsentimiento	Datos del consentimiento

Los siguientes parámetros forman parte de typeConsentimiento (**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
Tipoidentificacion * Obligatorio	VARCHAR(10)	Señala el tipo de identificador de quien consiente (Debe ser "RUT")
Numeroidentificacion * Obligatorio	VARCHAR(20)	Número que identifica a quien consiente. Al ser de tipo RUT, el formato debe ser: Formato: NNNNNNNN-K
NombreRazonSocial	VARCHAR(150)	Nombre que identifica a quien consiente
Email * Obligatorio	VARCHAR(320)	Dirección de correo electrónico de quien consiente
Fono	VARCHAR(20)	Número telefónico de quien consiente.
OfertasOtrosSeguros * Obligatorio	VARCHAR(2)	Indica si el asegurado/contratante desea recibir ofertas de otros seguros.

		<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
InformacionConsentir * Obligatorio	typeInformacionConsentir	Datos del Seguro que se va a consentir
CompaniasConsentir * Obligatorio	typeCompaniasConsentir	Compañías para consentir según lo indicado por el asegurado.

Los siguientes parámetros forman parte de typeInformacionConsentir para **Informacion a Consentir**

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
Asegurado *Obligatorio	typeAsegurado	Datos de Asegurado
Contratante * Obligatorio	typeContratante	Datos del contratante, podrían ser igual a los datos del asegurado
DatosCorredorAsesor	typeDatosCorredorAsesor	Datos del corredor de seguros o asesor previsional, si los hubiere
DetallePoliza * Obligatorio	typeDetallePoliza	Contendrá las pólizas y cláusulas

Los siguientes parámetros forman parte de typeAsegurado (**Asegurado**)

Nombre	Tipo	Descripción
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
NombreRazonSocial * Obligatorio	VARCHAR(150)	Nombre o Razón Social del asegurado

Los siguientes parámetros forman parte de typeContratante (**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 de typeDatosCorredorAsesor (**DatosCorredorAsesor**)

Nombre	Tipo	Descripción
Corredor	arreglo de typeCorredor	Datos del Corredor o Asesor

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo typeCorredor (**Corredor**)

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 del arreglo typeDetallePoliza (**DetallePoliza**)

Nombre	Tipo	Descripción
POL	typePOL	Pólizas del contrato

Los siguientes parámetros forman parte de la matriz typePOL (**POL**)

Nombre	Tipo	Descripción
Codigo *Obligatorio	VARCHAR(12)	Código de póliza incorporada en el depósito de la CMF (Ej.: 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	VARCHAR(10)	Fecha de término de la vigencia individual de la póliza Formato: YYYY/MM/DD

*Obligatorio en caso de responder NO en FechaTerminoIndeterminada		
Clausulas	typeClausulas	Cláusulas del contrato

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo typeClausulas (**Clausulas**)

Nombre	Tipo	Descripción
Codigo *Obligatorio	VARCHAR(12)	Código de clausula inscrita en el depósito de la CMF (Ej.: 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 clausula Formato: YYYY/MM/DD

Los siguientes parámetros forman parte del arreglo typeCompaniasConsentir (**CompaniasConsentir**)

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 Consentimiento

Ejemplo:

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

```
}
}
```

Descripción de Parámetros:

Los siguientes parámetros corresponden a la respuesta del Servicio de Consentimiento.

Nombre	Tipo	Descripción
RespuestaServicio * Obligatorio	typeRespuestaServicio	Respuesta del Consentimiento

Los siguientes parámetros forman parte de typeRespuestaServicio (**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, la CMF le entregará un mensaje que dé cuenta que se registró su solicitud.

IV. Compañías que son parte del Sistema

El Sistema deberá permitir a la Comisión consultar en cualquier momento cuáles son las compañías que son parte de él.

Servicio de Compañías Integradas

Formato estructurado json para consumir el servicio de Compañías Integradas:

Ejemplo:

```
{
  "CompaniasIntegradas": {
    "CodigoID": "yyyymmddNNNNNNNN",
    "LLave": "0e1d04f9f5ad8fb4c23ed2877a0d2476",
    "Fecha": "YYYY/MM/DD HH24:MI:SS"
  }
}
```

Descripción de Parámetros:

Los siguientes parámetros corresponden a la llamada del Servicio de Compañías Integradas.

Nombre	Tipo	Descripción
CompaniasIntegradas * Obligatorio	typeCompaniasIntegradas	Datos solicitud compañías integradas

Los siguientes parámetros forman parte de typeCompaniasIntegradas (**CompaniasIntegradas**)

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

Formato estructurado json de respuesta para el servicio de Compañías Integradas

Ejemplo:

```
{
  "RespuestaServicio": {
    "Codigo": 200,
    "Mensaje": "OK",
    "LLave": "94dfe0ec1c717475b86f4db71de554ba"
  },
  "Companias": [
    {
      "Rut": "NNNNNNNN-K",
      "RazonSocial": "",
      "Grupo": ""
    }
  ]
}
```

Descripción de Parámetros:

Los siguientes parámetros corresponden a la respuesta del Servicio de Compañías Integradas.

Nombre	Tipo	Descripción
RespuestaServicio	typeRespuestaServicio	Respuesta del Servicio

* Obligatorio		
Companias *Obligatorio	Arreglo de typeCompanias	Arreglo con las compañías que forman el servicio del Sistema Integrador

Los siguientes parámetros forman parte de typeRespuestaServicio (**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 typeCompanias (**Companias**)

Nombre	Tipo	Descripción
Rut * Obligatorio	VARCHAR(12)	Rut de la aseguradora que pertenece al sistema integrador
RazonSocial * Obligatorio	VARCHAR(150)	Razón Social de la aseguradora que pertenece al sistema integrador
Grupo * Obligatorio	VARCHAR(10)	Grupo de la Aseguradora que pertenece al sistema integrador - VIDA - GENERALES

V. 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.

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

VI. Información de las aseguradoras a la CMF

Dentro de los primeros 15 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 que se señala en este título.

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

Contendrá antecedentes del total de consultas recibidas diariamente. Por cada día del semestre deberá informarse el total de consultas recibidas; esto es, sólo se deberá informar un registro por cada día del semestre.

Registro tipo 3: información de consultas respondidas

Contendrá antecedentes del total de consultas respondidas diariamente. Por cada día del semestre deberá informarse el total de consultas respondidas; esto es, sólo se deberá informar un registro por cada día del semestre.

Registro tipo 4: información de consentimientos recibidos compañía obligada

Contendrá antecedentes del total de solicitudes de compartir recibidas diariamente. Por cada día del semestre deberá informarse el total de solicitudes de compartir que haya recibido la compañía **como compañía obligada**. Deberá informarse sólo un registro por cada día del semestre.

Registro tipo 5: información de recepción de compartición

Contendrá antecedentes del total de comparticiones recibidas diariamente. Por cada día del semestre deberá informarse el total de comparticiones recibidas desde las compañías obligadas a compartir. Se deberá informar sólo un registro por cada día del semestre.

Registro tipo 6: 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, no haber realizado respuestas, no haber recibido solicitudes de compartir información o no haber recibido solicitudes de ofertas 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 los registros tipo 1 y 6.

2. Organización del archivo

El archivo debe grabarse ordenado por los siguientes campos:

- Registro tipo 1, primer registro del archivo;
- Registros tipo 2, en segundo nivel, un registro por cada día del semestre;
- Registros tipo 3, en tercer nivel, un registro por cada día del semestre;
- Registros tipo 4, en cuarto nivel, un registro por cada día del semestre;
- Registros tipo 5, en quinto nivel, un registro por cada día del semestre;
- Registro tipo 6, último registro del archivo.

3. 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

CAMPO	DESCRIPCION	FORMATO
TIPO-REGISTRO	Debe tener valor "2".	9(01)
FECHA	Debe indicarse el día del semestre que se informa. Debe expresarse en formato AAAAMMDD.	9(08)
NUMERO	Debe indicar el número total de consultas recibidas en la compañía el día que se informa.	9(04)
FILLER	Sólo se deben grabar espacios	X(84)

Registro tipo 3: INFORMACIÓN DE CONSULTAS RESPONDIDAS

CAMPO	DESCRIPCION	FORMATO
TIPO-REGISTRO	Debe tener valor "3".	9(01)
FECHA	Debe indicarse el día del semestre que se informa. Debe expresarse en formato AAAAMMDD.	9(08)
NUMERO	Debe indicar el número total de consultas respondidas por la compañía el día que se informa.	9(04)
FILLER	Sólo se deben grabar espacios	X(84)

Registro tipo 4: INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTOS COMPAÑÍA OBLIGADA

CAMPO	DESCRIPCION	FORMATO
TIPO-REGISTRO	Debe tener valor "4".	9(01)
FECHA	Debe indicarse el día del semestre que se informa. Debe expresarse en formato AAAAMMDD.	9(08)
NUMERO	Debe indicar el número total de solicitudes de compartir que recibió como compañía obligada , en el día informado.	9(04)
FILLER	Sólo se deben grabar espacios	X(84)

Registro tipo 5: INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE COMPARTICIÓN

CAMPO	DESCRIPCION	FORMATO
TIPO-REGISTRO	Debe tener valor "5".	9(01)
FECHA	Debe indicarse el día del semestre que se informa. Debe expresarse en formato AAAAMMDD.	9(08)
NUMERO	Debe indicar el número total de comparticiones de información, con el fin de efectuar ofertas de seguros, que le fueron enviadas por las compañías obligadas en el día informado.	9(04)
FILLER	Sólo se deben grabar espacios	X(84)

Registro tipo 6: TOTAL REGISTROS

CAMPO	DESCRIPCION	FORMATO
TIPO-REGISTRO	Debe tener valor "6"	9(01)
TOTAL-REGISTROS	Número total de registros informados en el archivo. Esto es, suma de la cantidad de registros tipo 1, 2, 3, 4 y 5.	9(08)
FILLER	Sólo se deben grabar espacios.	X(88)



www.cmfchile.cl