

PROPERTY & CASUALTY

TOMO IV

THE INSURANCE MARKETPLACE

FIRE AND CASUALTY INSURANCE

TOMO IV

THE INSURANCE MARKET PLACE

Contenido

THE INSURANCE MARKET PLACE.....	3
REGULACIONES DE MERCADO	3
1. LEGISLACION	3
2. CAMBIOS AL CODIGO O REGULACIONES	4
3. UNFAIR PRACTICES.....	5
4. PRIVACY PROTECTION PROVISIONS OF:	8
5. CONSERVATION PROCEEDINGS	12
6. INSOLVENT INSURER.....	13
7. INSURANCE GUARENTEE ASSOCIATION	14
8. FRAUD	15
9. RECLAMOS FALSOS Y FRAUDULENTOS	17
10. PRACTICAS DISCRIMINATORIAS DE FIRE AND CASUALTY	19
11. REQUISITOS DE TARIFAS	21
12. TIPOS DE LEYES REGULATORIAS DE TARIFAS	22
13. DEFINICIONES.....	23
14. REQUISITOS PARA NOTAS ENVIADAS POR CORREO	23
15. REGULACIONES DE RECLAMOS JUSTOS PAGADOS	23

THE INSURANCE MARKET PLACE

El Mercado de Seguros

REGULACIONES DE MERCADO

El seguro es un negocio altamente regulado. Muchas regulaciones son para proteger a los consumidores de prácticas deshonestas, y para garantizar la estabilidad y la confidencialidad en la industria del seguro.

La regulación del seguro se ha hecho principalmente a nivel estatal; sin embargo, los gobiernos federales, así como las entidades no gubernamentales tales como la NAIC (National Association of Insurance Commissioners), también tienen papeles reguladores. El orden de autoridad es el Estado (primario), luego la autorregulación y, finalmente, a nivel federal.

Muchas asociaciones profesionales participan en la autorregulación de la industria de seguros, en un esfuerzo por promover el interés público, y para avanzar en la calidad de los productos y servicios que se prestan.

Todos los comisionados son miembros de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC). El NAIC es primordial en el desarrollo de pautas y legislaciones modelo, las cuales ayudan a asegurar que la industria de seguros mantenga la confianza pública, y que conduzca negocios de una manera justa y competente. Las leyes modelo tales como Código de Publicidad y Prácticas Desleales, han sido adoptadas por la mayoría de los estados, trayendo uniformidad a la industria.

El gobierno federal tiene algún impacto regulatorio en las aseguradoras, como cuando hay vacíos en las leyes estatales. Los productos Certrun son parcialmente regulados por el gobierno federal, tales como anualidades y pensiones.

1. LEGISLACION

La Ley McCarran-Ferguson de 1945 (Ley Pública 15) - Aclara la confusión entre la regulación estatal y federal de la industria de seguros, el Congreso aprobó la Ley McCarran-Ferguson de 1945 (también conocida como Ley Pública 15). Esta ley reconoció que la regulación estatal de la industria de seguros, era en el mejor interés del público, y eximió a la industria de seguros de las regulaciones federales para la mayoría de las industrias interestatales.

Sin embargo, esta ley dio autoridad al gobierno federal para aplicar las leyes antimonopolio al negocio de seguros, que no estaba siendo regulado a nivel estatal. En otras palabras, el gobierno federal regulará todas las áreas de seguro que no están siendo reguladas por el estado. Un ejemplo de ello son los programas federales de seguro contra inundaciones.

Paul vs Virginia 1868 - En 1868, la Corte Suprema de los Estados Unidos, dictaminó que una póliza de seguros no era un instrumento de comercio, y no estaba involucrada en transacciones comerciales interestatales que la sometieran a la regulación federal. **Esto estableció los derechos de los estados para regular los seguros.**

SEUA Case of 1944 - En el caso del gobierno de Los Estados Unidos contra Underwriters Association (SEUA), **la Corte revocó su decisión anterior en virtud de Paul vs. Virginia** al afirmar que el seguro era comercio interestatal y que el gobierno federal podía regular la industria del seguro.

2. CAMBIOS AL CODIGO O REGULACIONES

The Insurance Code - El Código de Seguros es el principal cuerpo de leyes que regulan el negocio de seguros. Se requiere de una acción legislativa para cambiar el Código. Un proyecto de ley modificando o revocando una sección existente o añadiendo algo nuevo se introduce en la Asamblea o en el Senado, donde se somete a una serie de audiencias y revisiones del comité antes de ser presentado a un cuerpo para su votación. Si se aprueba, va al otro cuerpo para el mismo proceso.

Si se realizan más cambios antes de que se apruebe el proyecto de ley, éste debe ser devuelto al primer organismo para su aprobación. Una vez aprobado por ambas cámaras, el proyecto de ley va al Gobernador para su aprobación o veto. Puede ser ley dentro de 30 días si ninguna acción (positiva o negativa) es tomada por el Gobernador.

Administrative Code of Regulations – El Código de Regulaciones Administrativas es emitido por el Comisionado de Seguros.

Insurance Commissioner - El Comisionado de Seguros es una persona elegida por los ciudadanos del estado para integrar el Departamento de Seguros, al mismo tiempo que se hacen las elecciones del Gobierno y para el mismo período (4 años). El Comisionado puede mantener como máximo dos mandatos.

El Comisionado de Seguros no tiene el poder ni la autoridad para escribir o cambiar la ley, pero sí tiene autoridad para hacerla cumplir. El deber del Comisionado es emitir regulaciones que establezcan cómo el Departamento de Seguros pretende interpretar y hacer cumplir la ley. Los reglamentos propuestos por el Comisionado deben pasar por un procedimiento de audiencia pública para determinar su igualdad o aplicabilidad antes de que entren en vigencia.

El Comisionado supervisa al Departamento de Seguros, dirige todos sus asuntos y personal en cumplimiento del Código, y hace cumplir el Código.

El Comisionado tiene la autoridad de nombrar a personas para actuar en su nombre y negociar acuerdos con agentes o aseguradores que hayan violado el Código. Sin embargo, es responsabilidad del Comisionado la aprobación final de una sanción.

El Código describe lo que el Comisionado puede o no acordar al aprobar una sanción contra cualquier agente o asegurador. Un resumen de las funciones del Comisionado son:

- Emitir reglas y reglamentos para interpretar y hacer cumplir las leyes de seguros
- Licencia y supervisión de aseguradoras y agentes
- Controlar los tipos de contratos y pólizas de seguros vendidos
- Regulación de la actividad de inversión de las aseguradoras
- Determinación de reservas de aseguradoras
- Supervisión de las prácticas de comercialización de las aseguradoras y tratamiento de las quejas de los consumidores.

3. UNFAIR PRACTICES

La sección de prácticas desleales (Unfair Practices), regula las prácticas comerciales en el negocio de seguros que constituyen métodos injustos de competencia, actos o prácticas desleales o engañosas en el negocio de seguros, y prohibiendo todas esas prácticas comerciales.

Estas disposiciones se aplican a todos los tipos de aseguradoras, agentes de seguros y a todas las personas relacionadas con el negocio de seguros.

Para el examen del estado, estas prácticas injustas de seguros podrían aparecer de cualquiera de las dos formas a continuación:

- Métodos injustos de competencia (Unfair Methods of Competition) y
- prácticas de reclamación injusta (Unfair Claim Practices)

Prohibiciones –

Las prácticas desleales más comunes o prevalentes son:

- la tergiversación en las ventas o las condiciones de publicidad;
- tergiversación de la condición financiera de un asegurador, incluyendo sus reservas;
- los títulos en la póliza que podrían inducir a error a una persona en la realización del contrato el cual tiene un desempeño diferente; y
- otras falsas declaraciones que podrían llevar a una persona a cancelar, perder, o entregar una póliza.

También se identifican como prácticas desleales las leyes, tales como:

- la presentación de documentos financieros falsos,
- discriminar injustamente a las clases de asegurados, o
- simplemente hacer declaraciones falsas que deben ser conocidas como falsas usando "cuidado razonable" también son identificadas como prácticas desleales.

Conocidos como métodos de competencia injusta tenemos los siguientes:

- Tergiversar los términos, beneficios o dividendos de cualquier póliza, escrita u oral.
- Usar un nombre o título para cualquier póliza o clase de pólizas que falseen su verdadera naturaleza.
- Difamación de cualquier persona (aseguradora o agente) con respecto a la conducta de su negocio.
- El boicot, coerción o intimidación que resulte en una restricción irrazonable de, o monopolio en el negocio de seguros.
- Cualquier declaración falsa en cualquier libro, informe o declaración de cualquier aseguradora con la intención de engañar a cualquier agente, examinador o funcionario público.
- Hacer o permitir la discriminación injusta entre individuos de la misma clase e igual expectativa de vida en las tarifas, dividendos u otros beneficios.
- Hacer o difundir ante el público una declaración de que un asegurador nombrado es miembro de la Asociación de Garantía o está asegurado contra la insolvencia.
- Publicidad falsa.

De acuerdo con las prácticas de Liquidación de Reclamo Desleal, es ilegal pagar reclamaciones sin llevar a cabo una investigación, o retrasar la investigación y el pago de reclamaciones. En caso de que alguna de estas prácticas se hiciera con frecuencia para indicar una práctica general, entonces:

Todos los siguientes serían considerados violaciones del Acuerdo de Reclamación Injusta:

- Falsificar a los reclamantes hechos o disposiciones pertinentes en la póliza de seguro que se refieren a cualquier cobertura en cuestión.
- No reconocer y actuar con prontitud sobre las reclamaciones.
- No utilizar normas razonables en la pronta investigación de las reclamaciones.
- No reconocer la cobertura de la reclamación dentro de un plazo razonable después de la prueba de pérdida.
- No tratar de resolver pronta y justamente las reclamaciones en las que la responsabilidad es clara.
- Ofrecer a un asegurado sustancialmente menos de lo que una demanda le concedería, provocando que demanden.
- Intentar liquidar una reclamación basada en una solicitud que fue alterada por el agente o la compañía sin notificación o consentimiento del asegurado.
- Intentar liquidar por menos de la cantidad a la que el reclamante creía que tenía derecho por referencia a un anuncio escrito o impreso.
- Realizar pagos de reclamaciones que no vayan acompañados de declaraciones que contengan información de la cobertura en virtud de la cual se están realizando los pagos.
- Amenazar al reclamante con divulgar un historial de apelación de las decisiones arbitradas para que acepte menos que el arreglo concedido.
- Retrasar la investigación o el pago de una reclamación al exigir al reclamante que presente un informe de reclamación preliminar, y luego requerir una prueba formal de la forma de pérdida, cuando ambas presentaciones contienen la misma información.
- Si no se resuelven rápidamente las reclamaciones cuando la responsabilidad está clara en virtud de una sección de la póliza con el fin de influir en los asentamientos bajo otras secciones.
- No explicar prontamente la denegación de una reclamación o una oferta de compromiso en relación con los hechos y la ley aplicable.
- Asesorar directamente al reclamante indicándole que no obtenga los servicios de un abogado.
- Engañar a un reclamante en cuanto a la prescripción aplicable.
- Retrasar el pago de los servicios hospitalarios y médicos prestados, con respecto a la enfermedad del SIDA, durante más de 60 días después de que la aseguradora haya recibido un reclamo por esos beneficios.

Penalidades -

Las sanciones civiles pueden ser evaluadas por violaciones de prácticas de comercio justo. La sanción es una cantidad monetaria por cada acto en violación del Código, ya sea intencional o no. Sin embargo, si se determina que el acto o la práctica es una violación dolosa, la pena se incrementa por infracción. El Comisionado también puede tomar medidas contra la licencia de esa persona.

Cuando se cree que una persona está en violación de la ley de prácticas desleales, pero el acto o la práctica no está específicamente definido en el Código, el Comisionado debe notificar primero a la

persona que hay razones para creer que con sus acciones está cometiendo una violación. El Comisionado entonces llevará a cabo una audiencia sobre el asunto.

La notificación dada a esta persona describirá lo siguiente:

- los actos que se están investigando,
- fecha en que se realizará la audiencia (por lo menos 30 días después de la entrega de la notificación de audiencia), y
- las posibles multas que se impondrán.

El Comisionado también servirá a la persona con una orden para demostrar la causa de por qué una orden de cesar y desistir no debe ser emitida contra él / ella.

Siempre que el Comisionado crea que una persona ha violado una orden de cesar y desistir, o una orden del tribunal, mientras esté en vigor, el Comisionado lo llamará nuevamente para una audiencia. Después de la audiencia, si el Comisionado determina que ocurrió una violación de la orden, **la persona tendrá que pagar una de las siguientes:**

- Una multa si la violación no se considera voluntaria, MÁS la cantidad de cualquier penalidad pendiente por violar el Código.
- Una multa si se descubre que la violación es intencional, MÁS el importe de cualquier penalidad pendiente por violar el Código.

Cualquier violación posterior de una orden de cesar y desistir, una orden judicial u orden para pagar una multa, mientras permanezca en vigor, permite al Comisionado suspender o revocar la licencia de la persona, o el Certificado de Autoridad a una aseguradora, por un tiempo de hasta un año, después de haberse realizado una audiencia.

4. PRIVACY PROTECTION PROVISIONS OF:

Gramm-Leach-Bliley Act

Ley conocida como Gramm-Leach-Bliley.

La Ley de Moderación Financiera de 1999, también conocida como "Ley Gramm-Leach-Bliley" o GLB, incluye disposiciones para proteger la información financiera personal de los consumidores en poder de las instituciones financieras. Hay tres partes principales en los requisitos de privacidad:

- la Regla de Privacidad Financiera,
- la Regla de Salvaguardias y
- las disposiciones de pretexto.

La Ley GLB da autoridad a ocho agencias federales y los estados para administrar y hacer cumplir la Regla de Privacidad Financiera y la Regla de Salvaguardias. Estos dos reglamentos se aplican a las "instituciones financieras", que incluyen no sólo a los bancos, empresas de valores y compañías de seguros, sino también a las empresas que proporcionan otros tipos de productos financieros y servicios a los consumidores. Entre estos servicios se encuentran:

- el préstamo,
- la intermediación o el préstamo de consumo,
- transferencia o salvaguarda de dinero,
- preparación de declaraciones de impuestos individuales,
- asesoramiento financiero o asesoría de crédito,
- prestación de servicios residenciales de liquidación de bienes raíces,
- cobro de deudas de consumo y
- una serie de otras actividades.

Estas "instituciones financieras" no tradicionales están reguladas por la FTC (Federal Trade Commission)

La Regla de privacidad financiera:

Esta regla, regula la recopilación y divulgación de la información financiera personal de los clientes por las instituciones financieras. También se aplica a las empresas, sean o no instituciones financieras, que reciban dicha información.

La Regla de Salvaguardias:

Esta regla, requiere que todas las instituciones financieras diseñen, implementen y mantengan salvaguardias para proteger la información del cliente. La Regla de Salvaguardias se aplica no sólo a las instituciones financieras que recolectan información de sus propios clientes, sino también a instituciones financieras, tales como agencias de informes crediticios, que reciben información de clientes de otras instituciones financieras.

Financial Information Privacy Act

Entró en vigor en julio de 2004 - Esta nueva ley proporciona a los consumidores importantes derechos de privacidad. Indica que las aseguradoras que realizan, recogen, reciben o mantienen información sobre las transacciones de seguros que involucran a residentes del estado, están sujetos a las

disposiciones de la Ley de Protección de la Privacidad del estado. Las leyes estatales siguen muchos de los principios generales establecidos por la ley federal (Ley Gramm-Leach-Bliley), pero incluye algunas disposiciones específicas relacionadas con el uso de información sobre seguros en el estado.

La Ley de Privacidad del estado impone penas más severas por violaciones de la ley. El propósito de estas disposiciones es establecer normas para la recopilación, uso y divulgación de la información recolectada en relación con las transacciones de seguros y mantener un equilibrio entre la necesidad de información y la necesidad de justicia y privacidad del público.

Estas leyes establecen un mecanismo regulador que permite a los individuos determinar qué información se ha recopilado sobre ellos, tener acceso a dicha información con el propósito de verificar o disputar su exactitud y limitar la divulgación de información a otros. La aprobación de esta Ley de Privacidad también permite a un asegurado o solicitante obtener las razones por las cuales se le ha negado un seguro.

Compartir información es permitido para los siguientes propósitos:

- Compartir datos de clientes entre afiliados en una sola línea de negocio bajo las mismas regulaciones;
- Transaccional, necesario para efectuar, administrar o hacer cumplir una transacción solicitada o autorizada por el consumidor y con el consentimiento o autorización del consumidor;
- Operacional, razones de seguridad, disputas o consultas de los clientes, etc.;
- Robo de identidad, para protegerse contra el fraude real o potencial, etc.;
- Para la Aplicación de la ley;
- Relacionados con una fusión, venta o transferencia de negocios para cumplir con leyes federales, estatales o locales y procesos judiciales;
- Casos de abuso financiero de ancianos (conocidos y sospechosos);
- Funciones de outsourcing con proveedores (correo, procesamiento de datos, etc.);
- Identificar o localizar lo siguiente: niños desaparecidos y secuestrados, padres que tiene cuentas pendientes en pagos de manutención de niños, donantes de órganos y médula ósea, beneficiarios de fondos de pensiones y herederos desaparecidos;
- De acuerdo con la ley USA PATRIOT.

Prohibiciones y Penalidades

El propósito de la Ley de Protección de Información y Privacidad de Seguros es establecer estándares para la recolección, uso y divulgación de información recolectada en relación con transacciones de seguros por instituciones de seguros, agentes u organizaciones de apoyo a seguros. Esta ley trata de mantener un equilibrio entre la necesidad de información por parte de quienes dirigen el negocio de seguros y la necesidad del público de imparcialidad en las prácticas de información de seguros.

Cualquier persona que a sabiendas y voluntariamente obtiene información sobre un individuo de una institución de seguros, el agente, o una organización de apoyo al seguro bajo pretextos falsos, será multado por una cantidad monetaria, encarcelado por no más de un año, o ambos.

Cualquier persona que viole una orden de cesar y desistir del Comisionado, puede ser sometida, después de notificación y audiencia, por orden del Comisionado, a una o más de las siguientes penalidades:

- 1) Una multa monetaria por cada violación;
- 2) Una multa monetaria, si el Comisionado encuentra que las violaciones han ocurrido con tal frecuencia como para constituir una práctica comercial general;
- 3) Suspensión o revocación de la licencia de una institución de seguros o agente, si la entidad aseguradora o agente sabía o razonablemente debería haber sabido que estaba en violación de este artículo.

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Los agentes de seguros están expuestos y confían en la información médica y financiera personal de los clientes con los que trabajan. Siempre ha sido una buena práctica empresarial ver este tipo de información como confidencial. En 1996, sin embargo, el gobierno federal aprobó la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) que provee reglas específicas para cómo los agentes deben proteger la información médica personal.

Se requiere que tres tipos de organizaciones cumplan con las reglas descritas en HIPAA. Estas son:

- **Entidades cubiertas:** una entidad cubierta incluye planes de salud, centros de compensación de atención médica y la mayoría de los proveedores de atención médica. La ley considera que los planes de salud grupal de los empleadores son entidades cubiertas.
- **Asociados de Negocios** - Un asociado de negocios incluye un negocio o un individuo que trabaja con una entidad cubierta y crea, usa, recibe o divulga información de salud protegida.
- **Patrón y otros patrocinadores de los planes de salud grupales** - Un empleador y otros patrocinadores de los planes de salud grupales incluyen a todos los empleadores que reciben información protegida sobre la salud, así como a otras organizaciones que patrocinan planes de salud grupales (por ejemplo, asociación o sindicato).

Protected Health Information

HIPAA define información de salud protegida como cualquier información de salud identificable individualmente que es creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de atención médica. La definición de información de salud protegida incluye el nombre y la dirección de una persona.

Permitted Disclosures

HIPAA requiere que un plan de salud de grupo no revele esta información, excepto por las siguientes revelaciones permitidas o requeridas:

- Al individuo;
- Para realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica;
- Con una autorización válida;
- Bajo circunstancias claras, cuando el individuo tiene la oportunidad de acordar u oponerse al uso o divulgación;
- Por "funciones de bien público" definidas y para fines muy limitados de "mercadeo"; y

- Los planes de salud grupales pueden revelar información de salud protegida a los asociados de negocios si el plan obtiene una garantía satisfactoria de que el asociado de negocios protegerá adecuadamente la información.

Required Disclosures

La divulgación debe hacerse a lo siguiente:

- A una persona que busca acceder a su información protegida;
- A un individuo que busque una contabilidad de las revelaciones de su salud protegida información; y
- Cuando el Secretario del HHS lo requiera para investigar o determinar el cumplimiento del reglamento por parte del plan de salud grupal.

Business Associates

Los agentes de seguros entran en la definición de "Asociado de Negocios" y están obligados a firmar un "Contrato de Asociado de Negocios" con los planes de salud con los que trabajan. Estos contratos tienen que tener las siguientes disposiciones:

- Establecer los usos y divulgaciones permitidos de información de salud protegida;
- Proveer que el asociado de negocios no use ni divulgue la información excepto de acuerdo con lo estipulado en el contrato o por la ley;
- Proveer que el asociado de negocios use las salvaguardias apropiadas para prevenir la divulgación no autorizada de información;
- Requerir que el asociado de negocios informe al plan de salud cualquier uso no autorizado o divulgaciones de la información;
- Asegurarse de que cualquier agente o subcontratista a quien el asociado de negocios revele información protegida sobre la salud esté de acuerdo con estas mismas restricciones;
- Proveer que el asociado de negocios haga disponible la información de salud protegida para su inspección;
- Proporcionar que el asociado de negocios haga la información disponible para modificación, y que el asociado de negocios tenga la capacidad de realizar modificaciones;
- Proporcionar que los asociados de negocios puedan proporcionar una contabilidad de todas sus revelaciones de información protegida sobre la salud;
- Exigir que el asociado de negocios acuerde poner sus prácticas, libros y registros internos a disposición del Secretario del HHS para su inspección, si es necesario;
- Proveer que el asociado de negocios acuerde devolver o destruir, si es factible, toda la información y limitar los usos y revelaciones futuros a aquellos fines que hacen que su devolución o destrucción sea inviable; y
- Autorizar la rescisión del contrato si el asociado de negocios ha violado un término material del contrato.

5. CONSERVATION PROCEEDINGS

Esta sección se aplica a todas las personas sujetas a revisión por el Comisionado que trabajan en el negocio de seguros y necesitan un Certificado de Autoridad para hacer negocios, o cuyo Certificado de Autoridad es revocado o suspendido.

El Comisionado puede presentar una solicitud ante el tribunal superior, y el tribunal puede emitir una orden para que el Comisionado se convierta en conservador de dicha persona-y se le asigne sus bienes, libros, registros y bienes y conduzca sus negocios si cualquiera de las siguientes condiciones se diera:

- La persona o entidad se ha negado a presentar sus libros, documentos, cuentas o asuntos a la inspección razonable del Comisionado.
- La persona ha descuidado o se ha negado a cumplir una orden del Comisionado para cualquier deficiencia en su capital o reserva.
- La persona, sin haber obtenido por primera vez el consentimiento por escrito del Comisionado, ha transferido toda su propiedad o negocio, o ha entrado en una operación de fusión, consolidación, o reaseguro de toda su propiedad o propiedades, con la propiedad o negocio de otra persona.
- Después de una revisión, la persona está en una situación financiera peligrosa.
- La persona ha violado su estatuto o ley estatal.
- Cualquier funcionario o abogado de hecho ha desviado, secuestrado o desviado injustamente cualquiera de los bienes de la persona.
- Una aseguradora nacional no cumple con los requisitos para un Certificado de Autoridad, o su Certificado de Autoridad ha sido revocada.
- El último informe de revisión muestra la persona a ser insolvente.

Summary Seizure

Siempre que el Comisionado considere que existe alguna de las condiciones para la conservación, o la pérdida irreparable y el daño a los bienes y negocios de cualquier persona involucrada en el negocio de seguros, tiene o puede ocurrir, el Comisionado deberá, sin previo aviso, embargar la posesión sujeto a una orden judicial.

Toda persona que tenga la posesión y se niegue a entregar cualquiera de los libros, registros o bienes de la persona contra la cual el Comisionado ha emitido una orden de embargo, será culpable de delito menor y sujeto a multas y / o prisión.

Liquidation

Si el Comisionado determina que es inútil proceder como conservador de la propiedad, puede solicitar al tribunal liquidar el negocio de la aseguradora. El tribunal podrá ordenar la liquidación nombrando al Comisionado como liquidador.

Las compañías de seguros están exentas bajo las leyes federales de bancarrota, lo que significa que cualquier liquidación de una aseguradora es estrictamente una cuestión que el estado debe seguir. Para lograr este seguimiento de las aseguradoras, los estados adoptaron la Ley de Rehabilitación de Aseguradores Uniformes (Uniform Insurers Rehabilitation Act), la cual describe los pasos que el Comisionado debe tomar al intentar restaurar una aseguradora en bancarrota a una condición

financiera estable, o ayudar a una aseguradora que no pueda ser rehabilitada. El Código también describe la acción obligatoria que el tribunal superior debe tomar cuando el Comisionado presente una petición de orden de conservación o liquidación.

6. INSOLVENT INSURER

Cada compañía de seguros debe reportar su condición financiera al Comisionado cada año, en o antes del 1 de marzo. Si los fondos de reserva legal de una aseguradora son menores que el mínimo requerido por la ley, la compañía está deteriorada en su capacidad de pagar reclamaciones y es técnicamente insolvente. En tal caso, el Comisionado tiene autoridad bajo el Código de tomar el control de la compañía de seguros, pero el tribunal superior debe conceder la petición del Comisionado para la conservación. No hay una batalla legal prolongada; el asegurador no tiene poder para prevenir el acto de conservación.

Definición de una aseguradora insolvente incluye cualquiera de las siguientes:

- 1) Cualquier deterioro del mínimo de "paid-in capital" o "capital paid in";
- 2) Cualquier incumplimiento de mantener el mínimo de "paid-in capital" o "capital paid" requerido a una aseguradora para las clases de seguro que tramita en cualquier lugar;
- 3) Incapacidad del asegurador de cumplir con sus obligaciones financieras cuando estén vencidas.
(An inability of the insurer to meet its financial obligations when they are due)

Las aseguradoras no pueden librarse de la condición de insolvencia.

Una aseguradora no puede escapar a la condición de insolvencia simplemente por poder proporcionar el pago de reclamos y el reaseguro de todos los riesgos pendientes. Una aseguradora también debe poseer activos adicionales equivalentes al "paid-in capital" requerido.

Definición de Paid-In Capital, también conocido como Capital Paid-In

El capital pagado (Paid-In Capital), incluye los fondos y los bienes aportados a una aseguradora por sus accionistas o inversionistas. El capital pagado se genera cuando una empresa emite acciones en el mercado primario, no cuando las acciones se cotizan en el mercado secundario. A efectos de calcular el capital pagado o el capital desembolsado, las acciones no se toman como pasivos.

En el caso de un asegurador mutuo extranjero que no emita acciones de capital en circulación, el valor de sus activos, menos la suma de sus pasivos, se consideraría el capital pagado. Sin embargo, no se admitirá tal asegurador mutuo extranjero a menos que su capital pagado esté compuesto de activos disponibles en efectivo por un monto de al menos \$ 200,000.00.

En el caso de todas las demás aseguradoras, sería el menor de los siguientes importes:

- 1) El valor de sus activos en exceso de la suma de sus pasivos;
- 2) El valor nominal total de sus acciones emitidas, incluyendo acciones propias.

Lo que sucede después que una orden de embargo ha sido ejecutada.

Una vez que se haya ejecutado una orden de embargo en un procedimiento de insolvencia, el Comisionado de Seguros deberá tomar posesión de la propiedad, negocios, libros, registros y cuentas. La acción del embargo es considerada como una pena menor (misdemeanor) para la aseguradora.

Toda persona que tenga la posesión y se niegue a entregar cualquiera de los libros, registros o bienes de una persona contra la cual se haya emitido una orden de embargo por el comisionado, será culpable de delito menor y castigado con una multa monetaria, o un año, o ambas, multa y prisión.

7. INSURANCE GUARENTEE ASSOCIATION

La Asociación de Garantía de Seguros fue establecida para proteger los intereses de los asegurados y demandantes contra las pérdidas resultantes de la incapacidad de las aseguradoras insolventes de cumplir con sus obligaciones contractuales. La asociación proporciona a las aseguradoras que son miembros, un seguro de insolvencia y paga "reclamaciones cubiertas" según se define en el Código. No protege a las personas cubiertas por un plan auto asegurado.

Se requiere la membresía en esta asociación para todas las aseguradoras admitidas para tramitar seguros contra fire, plate glass, marine, liability, workers' compensation, common carrier liability, boiler and machinery, burglary, sprinkler, team and vehicle, automobile, aircraft, and miscellaneous insurance.

Cada aseguradora, incluyendo el Fondo Estatal de Compensación de Seguros, está obligada a participar si vende estas clases de seguros, esto es como condición para continuar con su autorización para el trámite de seguros.

La asociación tiene el derecho de intervenir cuando una aseguradora miembro tiene fondos insuficientes para pagar reclamaciones que puedan surgir, y que podrían requerir liquidación o intervención. La asociación prestará servicios, defenderá y pagará reclamaciones basándose en las disposiciones de la póliza y podrá usar una instalación de servicio para actuar en su nombre.

Algunos reaseguros, la parte marítima de los seguros marítimos y algunos tipos de seguros contra incendios fraternales, están exentos de los requisitos de esta sección del Código. Los seguros de Vida, anualidades y seguro de salud tienen su propia asociación de garantía.

La Asociación de Garantía de Seguros es administrada por un consejo de gobernadores nombrados por el Comisionado.

El consejo debe adoptar un plan de operación para que la Asociación asegure la administración y operaciones justas, razonables y equitativas de la Asociación. El plan de operación y las enmiendas están sujetas a la aprobación por escrito del Comisionado. Todas las aseguradoras miembros deben cumplir con el plan de operación.

Los reclamos cubiertos no incluyen los primeros \$ 100 de cualquier reclamo, y el máximo reclamado cubierto es \$ 500,000 o el límite de póliza provisto por el asegurador insolvente, lo que sea menor. La única excepción a los límites cubiertos de hasta \$ 500.000 son las reclamaciones de indemnización de los trabajadores, que están cubiertas en su totalidad. La Asociación es financiada por sus aseguradoras miembros.

RECUERDA: INDICAR QUE UNA ASEGURADORA ES MIEMBRO DE LA ASOCIACION, O QUE ESTA ASEGURADA CONTRA INSOLVENCIA, ES UNA VIOLACION A LAS PRACTICAS DESLEALES (UNFAIR PRACTICES)

8. FRAUD

Circunstancias Comunes

El fraude de seguros es un problema importante para las compañías de seguros y los asegurados, porque las primas aumentan con el número de reclamaciones fraudulentas que aparecen. Si un asegurado firma un formulario de reclamación por una reclamación fraudulenta, entonces el asegurado puede ser declarado culpable de perjurio.

Las formas más comunes de fraude en el seguro son:

- 1) Fraude en las primas de compensación al trabajador (Workers' Compensation) por parte del patrón.
- 2) Beneficios de atención de salud fraudulentos;
- 3) Incendio provocado por lucro;
- 4) Demandas falsas de seguro de vida;
- 5) Negación fraudulenta de beneficios de compensación al trabajador;
- 6) Accidentes automovilísticos por etapas;
- 7) Demandas falsas de compensación de trabajadores;
- 8) Reclamos de pérdidas de bienes falsos o alterados en valor.

Las circunstancias más comunes que sugieren la posibilidad de un fraude son:

- Las reclamaciones se producen poco después de la fecha de vigencia de la póliza o aumento de la cobertura;
- Reclamaciones que ocurren en la noche, fines de semana o días feriados;
- Demandantes que se mueven mucho, cambios de dirección continuos;
- Tiene varias reclamaciones anteriores, además sabe mucho sobre el proceso de reclamos;
- El Demandante amenaza de inmediato con llamar al abogado, al Comisionado de Seguros, etc.
- El Demandante usa médicos y abogados sospechosos de prácticas fraudulentas;
- El monto reclamado no está relacionado con el estilo de vida y los ingresos del asegurado;
- El reclamante está sobre documentado o sub-documentado (recibos).

Los departamentos de seguros de varios estados han reportado que hasta el 50% de todas las reclamaciones de seguros de automóviles pueden ser fraudulentas, muchas de ellas "presentadas" en papel en lugar de realmente ocurrir. Se estima que el fraude en el seguro automotriz les cuesta a los consumidores millones de dólares por año.

Esfuerzos realizados para combatir el fraude

Dentro del Departamento de Seguros, hay una Oficina de Reclamaciones Fraudulentas, esto es para hacer cumplir las disposiciones que prohíben las reclamaciones fraudulentas, y hacer cumplir las secciones relacionadas del Código Penal.

Reportarse al National Automobile Theft Bureau

Informes a la oficina nacional del hurto del automóvil - Cada aseguradora debe reportar los automóviles de pasajeros privados asegurados y que se ven involucrados en el robo y las pérdidas totales, incluyendo el número de VIN y cualquier otra información requerida, a la Oficina Nacional de Robo de Automóviles, o una organización similar dedicada a la prevención de pérdidas automotrices aprobada por el Comisionado. Antes del pago de las pérdidas totales de robo, la aseguradora deberá cumplir con los procedimientos de verificación adoptados por el Comisionado. Si la participación con esta organización se hizo sin malicia, los aseguradores, empleados y agentes no estarán sujetos a una acción civil (demanda).

Tal como se utiliza en esta sección, "automóvil de pasajeros privado" significa un vehículo de motor del tipo de pasajero privado o de vagón de estación, cualquier otro vehículo de cuatro ruedas con una capacidad de carga de 1.500 libras o menos, o una motocicleta.

Arson Information Reporting System

Este sistema permite a las aseguradoras, agencias de aplicación de la ley, agencias de investigación de incendios y abogados de distrito, depositar la información de casos de incendio premeditado en una base de datos común dentro del Departamento de Justicia. El Jefe de Bomberos del Estado supervisa la operación y el mantenimiento. El Departamento de Justicia implementó el sistema en consultoría con el Comisario de Bomberos del Estado. El propósito es identificar los patrones de los demandantes individuales y los métodos de operación de individuos, grupos o empresas involucrados en la comisión de incendios.

Toda la información suministrada tiene acceso a través de un módem. El Jefe de Bomberos del Estado establece reglas para regular el acceso y el uso de esta información, así como las circunstancias bajo las cuales se puede acceder y corregir la información.

Esta información no será parte de ningún registro público. Cualquier persona que reciba cualquier información proporcionada por esta Oficina, no divulgará la información hasta el momento en que se requiera la liberación en conexión con una acción criminal o civil.

Nada en esta sección prohibirá la acumulación y distribución pública por la Oficina datos estadísticos si esos datos no revelan la identidad de los solicitantes involucrados, abogados, médicos u otros proveedores de servicios.

Recolección y difusión de la información

Una Oficina de Análisis de Reclamaciones de Seguros (Insurance Claims Analysis Bureau), realiza las siguientes funciones:

- Recopilar y compilar información de los miembros o suscriptores sobre reclamaciones
- Difundir información a los miembros o suscriptores en relación con las reclamaciones con el fin de prevenir y suprimir el fraude

- Promover la capacitación y la educación para realizar la investigación, la supresión y el enjuiciamiento de los aseguradores del fraude de seguros
- Proporcionar al Comisionado, sin cobro ni comisión, todos los datos contenidos en estos registros.

Unidad de fraude requerida

Toda aseguradora admitida para hacer negocios deberá mantener una unidad o división para investigar posibles reclamaciones fraudulentas de los asegurados, o por personas que hagan reclamos por servicios o reparaciones contra las pólizas mantenidas por los asegurados.

Reporte requerido para fraudes de Workers' Compensation.

Cuando una aseguradora sabe, o cree razonablemente que conoce la identidad de una persona o entidad que comete un fraude de compensación de trabajadores, el asegurador, o su agente autorizado debe notificar a la oficina de abogados de distrito local y la Oficina de Reclamos Fraudulentos.

Los funcionarios del gobierno están trabajando juntos para encontrar formas de combatir el fraude. El National Insurance Crime Bureau, fue creado para combatir todas las formas de fraude de seguros, y varias otras organizaciones, también se han formado para ayudar en esta creciente preocupación. Debido a la creciente cantidad de reclamaciones fraudulentas, cada compañía de seguros requiere tener una unidad de detección de fraude.

Los esfuerzos para combatir el fraude son financiados por el Departamento de Seguros por medio de cuotas suministradas por las aseguradoras y los asegurados. Cada aseguradora paga una cuota anual para financiar el "Programa de Fraude de Operaciones Especiales". La Unidad de Operaciones Especiales reciben anualmente más de 14,000 denuncias fraudulentas por reclamos automovilísticos, lo que resulta en cientos de arrestos y enjuiciamientos. Cada automóvil asegurado paga alrededor de \$ 1 por año para financiar a la unidad del fraude automovilístico.

9. RECLAMOS FALSOS Y FRAUDULENTOS

El Código de Seguros describe las responsabilidades básicas del Comisionado de Seguros, agencias policiales, aseguradoras, agentes, brokers y otros que se enfrentan al problema del fraude de seguros. Mientras que las aseguradoras y sus agentes están investigando sospechas de reclamaciones fraudulentas, estas tendrán acceso a todos los registros públicos pertinentes que se requiere para estar abiertos para la inspección.

Cualquier aseguradora que provea notificación de formularios de reclamación, debe incluir en el formulario la siguiente declaración:

"Para su protección, la ley requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente reclamaciones falsas o fraudulentas por el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión estatal "

Antes de la liquidación de una reclamación por robo de vehículo asegurado, la aseguradora deberá asegurar un formulario de reclamación que incluya:

- Una advertencia de que la representación falsa somete al asegurado a pena de perjurio
- Una descripción detallada del vehículo asegurado
- La ubicación de compra del vehículo asegurado
- Fecha de compra y nombre del vendedor
- Una declaración detallada de las circunstancias que rodean el robo
- El número de licencia de conducir vigente del asegurado

El asegurado debe firmar el formulario de reclamo en presencia del agente, bróker, ajustador u otro representante de la reclamación que debe verificar el número de licencia de conducir del asegurado, o presentar un formulario de reclamo notariado. La aseguradora debe retener durante 3 años todos los cheques de liquidación en la resolución de un robo de autos, el formulario de reclamación original y una copia legible del reporte de la póliza.

Para todos los tipos de coberturas de seguro es ilegal hacer declaraciones falsas o fraudulentas relacionadas con una reclamación. Es específicamente ilegal a sabiendas que:

- Hacer una declaración falsa o fraudulenta o representación material para obtener o negar la compensación.
- Presentar cualquier declaración falsa o fraudulenta de material escrito u oral que respalde o se oponga a una reclamación de indemnización o de denegación de indemnización.
- Asistir, colaborar, solicitar o conspirar con una persona que cometa un acto ilícito bajo esta sección.
- Hacer una declaración falsa o fraudulenta con respecto al derecho a beneficios con la intención de desalentar a un trabajador lesionado de reclamar o perseguir una demanda.
- Los infractores pueden estar sujetos a uno o más de los siguientes castigos:
 - Prisión de hasta un año en la cárcel del condado, o hasta 5 años en una prisión estatal.
 - Una multa de hasta \$ 150,000 o dos veces la cantidad del fraude, lo que sea mayor.
 - Ambos, encarcelamiento como multa.

Si un fiscal estatal decide tomar el caso, esto podría dar lugar a una multa adicional de hasta \$ 10,000 y hasta un año en una cárcel del condado. En cualquier caso, el reembolso completo a las víctimas también será requerido como parte de la condena de una persona por fraude de seguro.

Si el infractor tiene una convicción de delito grave anterior del mismo delito, habrá una sentencia adicional de 2 años por cada convicción anterior. Las sanciones no impiden cargos penales adicionales.

10. PRACTICAS DISCRIMINATORIAS DE PROPERTY AND CASUALTY

El hecho de que una compañía de seguros ofrezca una cobertura de seguro similar con tarifas de primas comparables a todos los individuos, o grupos con las mismas características de suscripción es injusto y discriminatorio. Tales prácticas discriminatorias están prohibidas por las leyes estatales y federales.

In seguros existen dos tipos de discriminaciones:

Fair discrimination

La discriminación justa, ocurre cuando el departamento de underwriter de la aseguradora encuentra información que indica un mayor riesgo, y que puede ser verificado a través de una prueba actuarial (estadística). Si el asegurador decide entonces limitar la cobertura u otros beneficios de la póliza, aumentar las primas, o rechazar la cobertura para ese cliente, es conveniente que lo hagan, y la ley lo autoriza. El Código no prohíbe la discriminación basada en la edad y el género en la clase de seguros de vida y discapacidad.

Unfair discrimination

La discriminación injusta, es moralmente inaceptable e ilegal. Un paso para ayudar a las aseguradoras a evitar la discriminación injusta, es colocar a los asegurados y los solicitantes en las clasificaciones basadas en directrices actuarialmente aceptables. Las clasificaciones sobre las cuales el riesgo y la asegurabilidad pueden basarse, varían naturalmente con el tipo específico de cobertura, y pueden incluir las siguientes clasificaciones:

- 1) Uso del tabaco;
- 2) Ubicación geográfica;
- 3) Profesión y pasatiempos;
- 4) Edad;
- 5) Género;
- 6) Relación altura / peso.

Puede utilizarse una combinación de estas categorías, pero sólo si las estadísticas demuestran que la clasificación aumenta el riesgo de una reclamación sobre el tipo específico de seguro que se está considerando. Una vez que las clasificaciones actuariales de un cliente han sido decididas, ese cliente debe ser tratado igual que todos los otros clientes dentro de las mismas clasificaciones. El cliente no puede recibir diferentes beneficios de la póliza, o cobrar una prima distinta a la de todos los demás miembros del mismo grupo.

Las clasificaciones específicas para la discriminación que no pueden existir incluyen las siguientes:

- 1) Religión;
- 2) Color;
- 3) Ascendencia;
- 4) Origen de nacionalidad;
- 5) Orientación sexual;
- 6) Raza;

7) Deficiencias físicas y mentales que no aumentan el riesgo.

Clasificar a las personas de acuerdo a estos sería injusto, ya que estas características no tienen ningún efecto en el riesgo del cliente. Las solicitudes pueden contener preguntas en las que se pida el lugar de nacimiento de un solicitante, siempre y cuando la pregunta se utilice únicamente para identificar y no discriminar al solicitante.

Una práctica específica e injusta mencionada en la ley es cobrar una prima más alta, o pagando una comisión diferente a un agente o bróker, porque un solicitante tiene una característica genética que puede causar discapacidad en ellos o sus hijos. Por lo tanto, es ilegal que las aseguradoras intenten determinar si existe tal problema genético, excepto para fines de tratamiento.

Un agente o compañía que infrinja negligentemente tal autorización está sujeto a una multa de \$ 1.000, más los costos judiciales, pagaderos a la persona en cuestión. Si se demuestra que la violación fue intencional, la sanción civil es de \$ 1,000 a \$ 5,000, más los costos de la corte. Si la persona sufre daño emocional, físico o económico, la violación se convierte en un delito menor y la multa penal es de \$ 10,000. Las sanciones por violación intencional pueden ser aumentadas para cubrir los daños, según lo determinado por un tribunal. Cada descubrimiento no autorizado se considera una violación separada.

Orientación sexual

Es ilegal cuestionar a un cliente acerca de su orientación sexual. Sin embargo, aunque una aseguradora no haga una pregunta directa, algunos pueden intentar llegar a una conclusión acerca de la orientación sexual analizando otros factores en la vida del solicitante, y luego ajustando los beneficios o las primas basándose en la presunción de un mayor riesgo de SIDA.

Por lo tanto, las aseguradoras no pueden usar lo siguiente en un intento de hacer un juicio sobre orientación sexual:

- 1) Condiciones de vida;
- 2) Estado civil;
- 3) Beneficiarios;
- 4) Trabajos;
- 5) Código postal o cualquier otra clasificación geográfica;
- 6) Género.

Si una aseguradora está preocupada por el riesgo de reclamos resultantes del SIDA, y quiere examinar a un solicitante particular para el VIH, entonces todos los solicitantes de la aseguradora deben ser examinados. Las aseguradoras no pueden elegir quién examinar. Deben examinar todos los solicitantes o ninguno.

Con respecto a los clientes actuales del seguro de salud, la aseguradora de salud debe proporcionar lo siguiente, si espera que el asegurado muera dentro de un año de cualquier accidente o enfermedad:

- 1) Una descripción del proceso de apelación / revisión dentro de los 30 días de la denegación de una reclamación; 5 días si retrasar el tratamiento sería perjudicial;
- 2) Una descripción de los procedimientos o tratamientos médicos alternativos cubiertos por la póliza, en su caso;
- 3) Las razones médicas y científicas específicas de la denegación y las referencias específicas pertinentes a las disposiciones de la póliza sobre las que se basa la denegación.

Sospecha de violencia domestica

La violencia doméstica está definida en el Código de la Familia como abuso perpetrado contra cualquiera de los siguientes:

- 1) Toda persona relacionada por sangre o afinidad dentro del segundo grado;
- 2) Un cohabitante o ex conviviente;
- 3) Una persona con la que el cliente ha tenido un hijo, donde la presunción se aplica que el padre es el padre biológico del hijo de la madre biológica;
- 4) Una persona con quien la persona está teniendo una relación de citas o compromisos;
- 5) Un esposo o ex cónyuge;
- 6) Un niño que es sujeto de una acción bajo la Ley Uniforme de Paternidad, donde la presunción dice que el padre varón es el padre del niño para ser protegido.

Si las aseguradoras que proveen seguros de vida o salud, sospechan que la persona puede ser víctima de violencia doméstica, incluso si el solicitante ha sido víctima en el pasado, en tal caso, las aseguradoras no pueden hacer nada que afecte la cobertura o la prima de alguien.

Sin embargo, las aseguradoras pueden tomar en consideración una condición médica existente, siempre y cuando no consideren si la condición fue causada por violencia doméstica. Es muy importante que todos los licenciatarios sean conscientes de las limitaciones impuestas y se adhieran a ellos. Las sanciones a la aseguradora por violaciones injustas de la discriminación son:

- Primera infracción - \$ 2,500;
- Violaciones posteriores - \$ 5,000 cada una;
- La violación es suficientemente frecuente para indicar que es una práctica comercial general de esa aseguradora - \$ 15,000 - \$ 100,000 por infracción.

11. REQUISITOS DE TARIFAS

Ninguna tarifa que sea excesiva, inadecuada, injustamente discriminatoria, o de otra manera en violación del Código de Seguros, será aprobado por el Departamento de Seguros o permanecerá en vigencia.

Al considerar si una tarifa es excesiva, inadecuada o injustamente discriminatoria, no se tendrá en cuenta el grado de competencia. Sin embargo, el Comisionado considerará si el tipo refleja matemáticamente el rendimiento de la inversión de la compañía de seguros.

12. TIPOS DE LEYES REGULATORIAS DE TARIFAS

Todos los estados han desarrollado una variedad de leyes para regular las tarifas de seguros, que varían de estado a estado, y diferentes leyes pueden aplicarse a diferentes clases de seguros. A continuación, se enumeran las diversas leyes de calificación que el examen requiere que usted sepa.

Los cuatro tipos de leyes de tarifas:

Prior Approval

Las aseguradoras deben presentar la información sobre las tarifas de seguros con el Departamento de Seguros del Estado. Después de la presentación, la aseguradora entrega evidencia de que las tarifas propuestas son razonables y justas. El Comisionado entonces tiene de 30 a 60 días para aprobar o rechazar esas tarifas. Si el Comisionado no responde dentro de los 30 a 60 días de una nueva tarifa y 180 días en un cambio de tarifa, las tarifas se consideran aprobadas.

File and Use

Una compañía de seguros debe presentar sus tarifas a la Comisión, pero puede utilizar esas tarifas sólo hasta que la Comisión le indique otra cosa;

Use and File

Algunas compañías usan las tarifas que determinan primero y luego la registran con la comisión;

Open Competition

El método de tarifas de competencia abierta, también conocido como leyes de no-file, permite a las aseguradoras competir entre sí por cambios constantes en los precios sin revisión por parte de los reguladores estatales. Bajo este plan, las fuerzas del mercado, en lugar de acciones administrativas, determinan qué tarifas se cobrarán por un riesgo. Esto también se conoce como "clasificación abierta" y se utiliza para Workers' Compensation.

Leyes de regulación estatales

El Comisionado deberá notificar al público de cualquier solicitud presentada por una aseguradora para un cambio de tarifa. La solicitud se considerará aprobada 60 días después de publicada a menos que:

- 1) Un consumidor solicita un cobro dentro de los 45 días de la notificación pública, y el comisionado lo otorga o determina no conceder la solicitud, y emite las conclusiones escritas en el apoyo de dicha decisión;
- 2) El Comisionado, por propia iniciativa, determina una audiencia pronta;
- 3) El ajuste tarifario propuesto excede el 7% de la tarifa entonces aplicable para líneas personales, o el 15% para líneas comerciales, en cuyo caso el Comisionado debe celebrar una audiencia a petición oportuna

En cualquier caso, se considerará aprobada una solicitud de cambio de tarifa 180 días después que el Comisionado reciba la solicitud de tarifa, a menos que dicha solicitud haya sido rechazada por una orden final del Comisionado.

13. DEFINICIONES

Shall

La palabra "Shall" a como se utiliza en el código, indica que la acción es mandatoria y que debe realizarse.

May

La palabra "May" a como se utiliza en el código, indica que la accione es permisiva, a menos que aparente otra cosa.

14. REQUISITOS PARA NOTAS ENVIADAS POR CORREO

A menos que se disponga lo contrario expresamente, cualquier notificación que se deba dar a una persona mediante una disposición del Código, se puede dar por correo el aviso, estampillas pre pagadas y dirigido a la persona a ser notificada en su residencia o lugar principal de negocios en este Estado.

La declaración jurada de la persona que envía la notificación, indicando los hechos de tal envío, es evidencia de que la notificación fue enviada por correo.

15. REGULACIONES DE RECLAMOS JUSTOS PAGADOS

El licenciario deberá ser capaz de identificar las siguientes definiciones

El Código de Regulaciones es la compilación oficial y publicación de los reglamentos adoptados, enmendados o derogados por las agencias estatales, de acuerdo con la Ley de Procedimiento Administrativo (APA). Los reglamentos apropiadamente aprobados que se han presentado al Secretario de Estado tienen fuerza de ley. Las siguientes secciones se refieren al Código.

Claimant

Demandante, significa una primera o tercera persona reclamante, cualquier persona que afirma un derecho de recuperación bajo una fianza, un abogado o cualquier persona autorizada por la ley para representar al reclamante, o cualquier persona debidamente designada por el reclamante, tal como: un ajustador de seguros, un ajustador público, o cualquier miembro de la familia del reclamante.

Notice of claim

Aviso de reclamación, significa cualquier notificación escrita u oral a una aseguradora o su agente, que razonablemente informa a la aseguradora, que el reclamante desea presentar una reclamación contra una póliza o un surety bond emitido por el asegurador, y que una condición da lugar a las obligaciones de la aseguradora bajo una póliza o bond según a los efectos de esta regla, el término "notificación de reclamación" no incluirá ninguna comunicación escrita u oral proporcionada por un asegurado o principal, únicamente con fines informativos o de notificación de incidentes.

Notice of legal action

Notificación de acción legal, significa la notificación de una acción iniciada contra la aseguradora con respecto a una reclamación, notificación de acción contra el asegurado recibido por la aseguradora, o notificación de acción contra el principal bajo una fianza e incluye cualquier procedimiento de arbitraje;

Obligee

Obligado, significa la persona nombrada como obligada en un bond;

Person

Persona, significa cualquier individuo, asociación, organización, sociedad, negocio, fideicomiso, corporación u otra entidad;

Principal

Principal, significa la persona cuya deuda u otra obligación está asegurada o garantizada por un bond, y que tiene la responsabilidad de pagar la deuda o cumplir con la obligación;

Proof of claim

Prueba de reclamación, significa cualquier documentación en la posesión del reclamante presentada a la aseguradora que provea cualquier evidencia de la reclamación, y que apoya la magnitud o el monto de la pérdida reclamada.

FINAL DEL TOMO IV

