

LexJuris

de Puerto Rico

Código de Seguros de Puerto Rico.
Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada.

Suplemento Núm. II

Folleto de Enmiendas

para los Tomos I y II publicado: Abril 23, 2023

Revisado: Agosto 20, 2026

LexJuris de Puerto Rico

PO BOX 3185

Bayamón, P.R. 00960

Tels. (787) 269-6475 / 6435

Email: Ayuda@LexJuris.com

Website: www.LexJuris.com

Ordenar: www.LexJurisStore.com

Actualizaciones: www.LexJurisBooks.com

Derechos Reservados

© 1996-Presente

LexJuris de Puerto Rico

Código de Seguros de Puerto Rico.

Tabla de Contenido

Descripción	Pág.	Libro
1. Para añadir los nuevos incisos (K), (L), (M) y (N) al Artículo 14.010; enmendar los Artículos 44.050, 44.060 y 44.080 de la Ley Núm. 7 de 1957, Código de Seguros de Puerto Rico. Ley Núm. 111 de 12 de junio de 2026	2	I-248 II-322 II-326 II-338
2. Para añadir un nuevo Capítulo 48 a la Ley Núm. 77 de 1957, Código de Seguros de Puerto Rico- Pólizas de Seguros de Mascotas. Ley Núm. 186 de 17 de agosto de 2026	16	II-380

Instrucciones

1. Imprima el folleto en ambos lado de papel carta (8.5 x 11).
2. Doble cada papel por la mitad y lo coloca en orden numérico para formar un folleto. Lo incluye dentro del libro como suplemento.
3. En el contenido tiene el número de la página del libro donde el artículo fue enmendado por estas leyes.

Código de Seguros de Puerto Rico.

Contenido

1. Para añadir los nuevos incisos (K),(L), (M) y (N) al Artículo 14.010; enmendar los Artículos 44.050, 44.060 y 44.080 de la Ley Núm. 7 de 1957, Código de Seguros de Puerto Rico.

Ley Núm. 111 de 12 de junio de 2026

Sección 1.- Se añaden los nuevos incisos (K), (L), (M) y (N) al Artículo 44.010 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", para que lean como sigue;

"Artículo 44.010 – Definiciones

(A) ...

...

(K) "Instrucciones para el Cálculo del Capital del Grupo": significa las instrucciones para calcular el capital del grupo, según sean adoptadas por la NAIC y enmendadas de vez en cuando por la NAIC conforme a los procedimientos que dicha asociación adopte.

(L) "NAIC": significa la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros.

(M) "Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC": el "Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC" (o "NAIC Liquidity Stress Test Framework") es una publicación aparte de la NAIC que incluye un historial del desarrollo por parte de la NAIC de las pruebas de resistencia de liquidez reglamentarias, los criterios de alcance aplicables para un año específico de datos, y las instrucciones y plantillas de los de las pruebas de resistencia de liquidez para un año específico de datos, según la NAIC adopte dichos criterios de alcance, instrucciones y plantillas de informes, así como las enmiendas que, de tiempo en tiempo, promulgue dicha entidad.

(N) "Criterios de alcance": los criterios de alcance o "scope criteria", tal como se detallan en el Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC ("NAIC Liquidity Stress Test Framework"), son las bases de exposición designadas y las magnitudes mínimas de estas para el año de datos especificado, que se utilizan para establecer una

lista preliminar de aseguradores que se consideran incluidas en el Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC ("NAIC Liquidity Stress Test Framework") para ese año de datos."

Sección 2. - Se enmienda el Artículo 44.050 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico" para que lea como sigue:

"Artículo 44.050. — Inscripción de aseguradores u organizaciones de servicios de salud.

(A) Inscripción ...

...

(D) Materialidad. No se tendrá que divulgar ninguna información en la declaración de inscripción que se radique conforme al Artículo 44,050B, si la información no es pertinente al presente Artículo, salvo que el Comisionado disponga lo contrario mediante reglamentación u orden. Las ventas, compras, permutas, préstamos o la concesión de crédito, inversiones o garantías que involucren la mitad del uno por ciento (0.5%) o menos de los activos admitidos del asegurador u organización de servicios de salud al 31 de diciembre del pasado año no se considerarán pertinentes para los propósitos de este Artículo. La definición de materialidad proporcionada en este inciso no aplicará a efectos del Cálculo del Capital del Grupo ni del Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez ("NAIC Liquidity Stress Test Framework").

(E) ...

...

(M) Riesgo Empresarial.

(1) La persona que ostente el control final de un asegurador constituido en Puerto Rico u organización de servicios de salud doméstica, deberá presentar un informe anual sobre riesgo empresarial, en el cual identifique los riesgos significativos dentro de la estructura de control de compañías de seguros (*insurance holding company*), que a SLI mejor conocimiento e información, de no ser remediado oportunamente, probablemente ocasionaría un efecto adverso en la condición financiera o liquidez del asegurador constituido en Puerto Rico u organización de servicios de salud doméstica. Dicho informe será presentado ante el Comisionado del estado que posee autoridad máxima sobre la estructura de control de compañías de seguros (*insurance holding company*), según sea

Código de Seguros de Puerto Rico 4 ©2026-Presente www.LexJuris.com

(B) El Comisionado queda autorizado para emitir cartas circulares, órdenes, normas interpretativas o reglamentos de emergencia, cuando sea necesario para lograr una transición ordenada y en cumplimiento con la normativa aplicable.

Sección 4.- Separabilidad

Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, artículo, disposición, sección o parte de esta Ley fuere declarada inconstitucional o inválida por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de esta Ley. El efecto de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, artículo, disposición, sección o parte así declarada.

Sección 5.- Vigencia

Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

LexJuris de Puerto Rico
Hecho en Puerto Rico
Agosto 20, 2026

(D) Adiestramientos similares completados en otras jurisdicciones de los Estados Unidos podrán ser evaluados por el Comisionado a los fines de determinar su validación para el cumplimiento del requisito establecido en este Artículo.

Artículo 48.070.— Presentación y aprobación de formularios y tarifas

(A) Los formularios, endosos, divulgaciones y tarifas aplicables al seguro para mascotas deberán someterse a la Oficina del Comisionado de Seguros para su revisión y aprobación previa, conforme a las disposiciones aplicables del Código de Seguros.

(B) El Comisionado podrá, mediante reglamento, establecer categorías de revisión, incluyendo modificaciones no sustantivas o estandarizadas, y podrá ordenar correcciones cuando identifique lenguaje ambiguo, engañoso, o incompatible con este Capítulo o con el Código.

(C) Si el Comisionado determina que un formulario o tarifa viola las disposiciones de este Código o de la reglamentación que se apruebe, conforme a lo establecido en este Capítulo, podrá ordenar su corrección o la suspensión de su uso prospectivamente, sin perjuicio de la imposición de otros remedios, sanciones, así como restitución o reembolsos cuando corresponda.

Artículo 48.080.— Violaciones y penalidades-

Las violaciones a este Capítulo estarán sujetas a las penalidades, sanciones y remedios administrativos aplicables del Código, incluyendo las disposiciones sobre prácticas desleales, publicidad engañosa, multas, y cualesquiera otros remedios disponibles en derecho.”

Sección 2.— Reglamentación

Dentro de un término de noventa (90) días siguientes a la aprobación de esta Ley, el Comisionado deberá promulgar la reglamentación correspondiente para la implementación efectiva de esta Ley.

Sección 3.— Disposiciones transitorias

(A) Los aseguradores o productores que al presente estén ofreciendo productos que constituyan seguro para mascotas en Puerto Rico, deberán cumplir con las divulgaciones y requisitos mínimos de este Capítulo dentro de un término máximo de ciento ochenta (180) días de la aprobación de esta Ley.

determinado, de conformidad con los criterios establecidos en el *Financial Analysis Handbook* de la NAIC (2) Cálculo del Capital del Grupo ("*Group Capital Calculation*"), Salvo lo dispuesto a continuación, la persona que ostente el control final en cada asegurador obligado a registrarse deberá presentar, simultáneamente con el registro, un cálculo anual del capital del grupo conforme a las instrucciones del comisionado del estado principal de creación del asegurador u organización de Servicios de Salud ("*lead state*"). El informe deberá cumplimentarse de conformidad con las Instrucciones para el Cálculo del Capital del Grupo de la NAIC lo cual puede facultar al comisionado del estado principal ("*lead state*") a autorizar a una persona que ejerza control, pero que no sea la persona que ostente el control final, a presentar el calculo del capital del grupo. El informe se presentará ante el comisionado del estado principal ("*lend state*") de la estructura de control de compañías de seguros, según 10 determine el comisionado de conformidad con los procedimientos del Manual de Análisis Financiero ("*Financial Analysis Handbook*") adoptado por la NAIC. Las estructuras de control de compañías de seguros ("*holding companies*") descritas a Continuación están exentas de presentar el cálculo del capital del grupo:

(a) Una estructura de control de compañías de seguros que solo tiene un asegurador en su estructura de control que solo tramita negocios y solo está autorizado en el estado donde está domiciliado y no asume negocios de ningún Otro asegurador;

(b) Una estructura de control de compañías de seguros que está obligada a realizar el cálculo del capital del grupo que disponga la Junta de la Reserva Federal de los Estados Unidos ("*United States Federal Reserve Board*"). El comisionado del estado principal ("*lend state*") solicitará el cálculo a la Junta de la Reserva Federal conforme a los términos de los acuerdos de intercambio de información vigentes. Si la Junta de la Reserva Federal no puede compartir el cálculo con el comisionado del estado principal ("*lead state*"), la estructura de control de compañías de seguros no quedará exenta de la presentación del informe del cálculo del capital del grupo;

(c) Una estructura de control de compañías de seguros cuyo supervisor de grupo foráneo ("*non-U.S. group-wide supervisor*") está ubicado en una Jurisdicción Reciproca según lo descrito en la Regla que reconoce el enfoque regulatorio del estado de Estados Unidos para la supervisión del grupo y el capital del grupo;

(d) Una estructura de control de compañías de seguros:

(i) Que proporciona información al estado principal ("lead state") que cumple con los requisitos para la acreditación conforme a las normas financieras y del programa de acreditación de la NAIC, ya sea directa o indirectamente a través del supervisor del grupo ("group-wide supervisor"), quien ha determinado que dicha información es satisfactoria para permitir que el estado principal ("lead state") cumpla con el enfoque de la NAIC de supervisión del grupo, tal y se detalla en el Manual de Análisis Financiero de la NAIC ("NAIC Financial Analysis Handbook"); y

(ii) cuyo supervisor de grupo foráneo ("non-U.S. supervisor") que no se encuentre en una Jurisdicción Reciproca reconozca y acepte el cálculo del capital del grupo como la evaluación del capital del grupo a nivel mundial de los grupos de seguros estadounidenses que operen en dicha jurisdicción, conforme a lo establecido por el comisionado en la reglamentación.

(e) Independientemente de lo dispuesto en los Artículos 44.050(M)(2)(c) y 44.050(M)(2)(d), el comisionado del estado principal ("lead state") exigirá el cálculo del capital del grupo para las operaciones en Estados Unidos de cualquier estructura de control de compañías de seguros no domiciliadas en Estados Unidos cuando, tras las consultas necesarias con otros supervisores o directivos, el comisionado del estado principal 10 considere adecuado para la supervisión prudente y el control de la solvencia o para garantizar la competitividad del mercado de seguros.

(f) Independientemente de las exenciones de la obligación de presentar el cálculo del capital del establecidas en el Artículo 44.050(M)(2)(a) al Artículo 44.050(M)(2)(d) el comisionado del estado principal ("lead state") tiene la facultad discrecional de conceder una exención a la persona que ostente el control final de la obligación de presentar el cálculo anual del capital del grupo o de aceptar una presentación o informe limitado del capital del grupo de conformidad con los criterios que especifique el comisionado mediante su regulación.

(g) Si el comisionado del estado principal ("lead state commissioner") determina que una estructura de control de compañías de seguros ("holding company system") ya no cumple con uno o más de los requisitos para una exención de la presentación del cálculo del capital

(b) Su costo deberá ser separado e identificable del costo de la póliza de seguro.

(c) Sus términos y condiciones deberán estar en un documento separado de la póliza de seguro.

(d) Los productos o cubiertas provistas por el programa no podrán duplicar productos o cubiertas disponibles bajo la póliza; y,

(e) La publicidad del programa no podrá ser engañosa y deberá cumplir con este Código.

(f) El asegurador y/o productor divulgará clara y conspicuamente al consumidor, en letra no menor de doce (12) puntos y en negritas:

(1) Que los programas de bienestar no constituyen seguro;

(2) La dirección y teléfono de servicio al cliente del asegurador y/o productor o representante autorizado de récord; y

(3) La dirección postal, número de teléfono libre de cargos y sitio web de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

(g) Las cubiertas descritas como beneficios de "wellness" dentro del contrato de póliza constituyen seguro y quedarán sujetas al Código.

Artículo 48.060.— Adiestramiento de productores

(A) Ningún productor podrá vender, solicitar o negociar un producto de seguro para mascotas sin estar debidamente licenciado conforme a este Código y sin completar el adiestramiento requerido bajo este Artículo.

(B) Todo asegurador ofrecerá a sus productores adiestramiento adecuado sobre las cubiertas y condiciones de sus productos de seguro para mascotas.

(C) El adiestramiento incluirá, como mínimo, información sobre:

(a) Condiciones preexistentes y períodos de espera;

(b) Diferencias entre seguro para mascotas y programas de bienestar;

(c) Trastornos hereditarios, anomalías congénitas y condiciones crónicas, y cómo interactúan con las cubiertas; y

(d) Temas de clasificación, suscripción, renovación y administración de pólizas.

luego de la compra de la póliza por un veterinario licenciado. La póliza deberá indicar expresamente si el costo del examen será sufragado por el asegurado o por el asegurador. El asegurador podrá especificar, bajo un estándar de razonabilidad, los elementos clínicos y la documentación necesaria para validar el examen veterinario requerido para la renuncia del periodo de espera.

(D) El asegurador no podrá requerir examen veterinario como condición para renovar la póliza.

(E) Si el asegurador incluye dentro del formulario de póliza beneficios prescriptivos de bienestar o cualquier otro beneficio no relacionado al seguro, estos pasarán a ser parte del contrato y deberán cumplir con las disposiciones aplicables del Código, incluyendo las relacionadas a publicidad, divulgación y prácticas desleales.

(F) La elegibilidad de un consumidor para adquirir una póliza de seguro para mascotas no podrá condicionarse a participar, o no participar en un programa de bienestar separado.

(G) Nada de lo dispuesto en este Artículo impedirá que un asegurador, conforme a sus criterios de suscripción y apetito de riesgo, ofrezca mediante endoso la inclusión del tratamiento de cánceres o de enfermedades metabólicas, hematopoyéticas o autoinmunes como cubierta opcional dentro de la póliza de seguro para mascotas.

Artículo 48.050.— Prácticas de venta relacionadas a programas de bienestar

(A) Ningún asegurador, productor, representante autorizado, agente, ni cualquier otra persona natural o jurídica que participe directa o indirectamente en la promoción o venta del producto podrá:

(a) Mercadear un programa de bienestar como si fuera seguro para mascotas; o

(b) Mercadear un programa de bienestar durante la venta, solicitud o negociación de un seguro para mascotas.

(B) Si un programa de bienestar es vendido por un asegurador y/o productor:

(a) Su compra no podrá ser requisito para adquirir el seguro para mascotas.

del grupo en virtud de este Artículo, la estructura de de compañías de seguros deberá presentar el cálculo del capital del grupo en la siguiente fecha de presentación del informe anual, salvo que el comisionado del estado principal conceda una prórroga por motivos razonables demostrados.

(3) Prueba de Resistencia de Liquidez ("Liquidity Stress Test"). La persona que ostente el control final de cada asegurador u organización de servicios de salud obligada a registrarse o autorizarse y que también esté incluida en el alcance del Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC ("NAIC Liquidity Stress Test Fraynetwork") deberá presentar resultados de la Prueba de Resistencia de Liquidez de un año en específico. El informe se presentará ante el comisionado de seguros del estado principal de la estructura de control de compañías de seguros, según lo determinado en el Manual de Análisis Financiero ("Financial Analysis Handbook") que adopte la NAIC.

(a) El Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC ("NAIC Liquidity Stress Test Frmnetwork") incluye Criterios de Alcance aplicables a un año específico de datos. Estos Criterios de Alcance son objeto de una revisión anual, como mínimo, por parte del Grupo de Trabajo sobre Estabilidad Financiera ("Financial Stability Task Force") o su sucesor. Cualquier cambio en el Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC o en el año de datos para el que deban medirse los Criterios de Alcance entrará en vigor el 1 de enero del año siguiente al año natural en que se adopten dichos cambios. Los aseguradores u organizaciones de servicios de salud que cumplan con al menos uno de los umbrales de los Criterios de Alcance se consideran incluidos en el alcance del Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC para el año de datos especificado, salvo que el comisionado de seguros del estado principal, con la colaboración del Grupo de Trabajo de Estabilidad Financiera de la NAIC ("NAIC Financial Stability Task Force") o su sucesor, determine que el asegurador u organización de servicios de salud no debe incluirse en el del Marco (Framework) para ese de datos. Asimismo, los aseguradores u organizaciones de servicios de salud que no cumplan con al menos uno de los umbrales de los Criterios de Alcance se consideran excluidos del alcance del Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC para el año de datos especificado, salvo que el comisionado de seguros del estado principal, con la colaboración del Grupo de Trabajo de Estabilidad

Financiera de la NAIC ("*NAIC Financial Stability Task Force*"), o su sucesor, determine que el asegurador se debe incluir en el alcance del Marco (*Framework*) para ese año de datos.

(i) Las entidades reguladoras buscan evitar que los aseguradores u organizaciones de servicios de salud se incluyan y se excluyan con frecuencia del alcance del Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC ("*NAIC Liquidity Stress Test Framework*"). El comisionado de Seguros del estado principal ("*lead state*"), con el asesoramiento del Grupo de Trabajo de Estabilidad Financiera ("*NAIC Financial Stability Task Force*") o su sucesor, evaluará esta preocupación como parte de la determinación correspondiente a un asegurador.

(b) La ejecución de la Prueba de Resistencia de Liquidez de un año específico, así como la presentación del informe sobre los resultados de la misma, deberán atenerse a las instrucciones del Marco de Pruebas de Resistencia de Liquidez de la NAIC ("*NAIC Liquidity Stress Test Framework*") y a las plantillas de los informes correspondientes a dicho año, así como a las determinaciones del comisionado de seguros del estado principal ("*lead state*"), con la colaboración del Grupo de Trabajo de Estabilidad Financiera ("*NAIC Financial Stability Task Force*"), o su conforme a 10 dispuesto en el Marco ("*Framework*")."

Sección 3. - Se enmienda el Artículo 44.060 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 44.060.- Normas y administración de los aseguradores u organizaciones de servicios de salud que formen parte de una estructura de control de compañías de seguros. (A) Transacciones dentro de una estructura de control de compañías de seguros "*insurance holding company system*".

(1) Las siguientes normas regirán las transacciones dentro de una estructura de control de compañías de seguros en que participa un asegurador u organización de servicios de salud sujeto a inscripción:

(a) ...

...

(f) Si el Comisionado considera que un asegurador u organización de servicios de salud sujeto a esta Ley se encuentra en una condición

exclusiones por condición preexistente, de conformidad con este Capítulo.

(k) Los periodos de espera y los requisitos aplicables deberán divulgarse clara y específicamente antes de la compra.

(B) El asegurador preparará un documento separado titulado "Divulgación del Asegurador sobre Disposiciones Importantes de la Póliza", que contendrá un resumen de las divulgaciones requeridas en este Artículo. Dicho documento se entregará al consumidor al emitirse la póliza, en letra no menor de doce (12) puntos, y se publicará mediante enlace claro y preciso en la página principal del sitio web del asegurador o del administrador del programa, según aplique.

(C) Al emitir o entregar una nueva póliza, el asegurador incluirá una divulgación escrita, en letra no menor de doce (12) puntos y en negritas, con la siguiente información:

(a) dirección postal, número telefónico libre de cargos y dirección electrónica (sitio web) de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico;

(b) dirección y teléfono de servicio al cliente del asegurador; y

(c) si la póliza fue emitida o entregada por productor de seguros, dirección y teléfono de servicio al cliente del agente/corredor y un aviso recomendando al titular comunicarse con dicho profesional para asistencia.

Artículo 48.040.— Condiciones mínimas de la póliza

(A) Un asegurador podrá emitir pólizas que excluyan cobertura por condición preexistente con divulgación adecuada. El asegurador tendrá la responsabilidad de establecer y probar que la exclusión por condición preexistente aplica a la condición por la cual el asegurado reclama y se le deniega cubierta.

(B) Un asegurador podrá imponer periodos de espera al inicio de la póliza que no excedan de treinta (30) días para enfermedades o condiciones ortopédicas no resultantes de accidente. Se prohíben periodos de espera para accidentes.

(C) Si el asegurador utiliza un periodo de espera permitido, deberá incluir una disposición contractual que permita renunciar ("waive") el periodo de espera mediante examen médico veterinario realizado

(b) Si la póliza contiene otras exclusiones, una advertencia a los fines de que otras exclusiones pueden aplicar y que el consumidor debe revisar la sección de exclusiones de la póliza.

(c) Limitaciones tales como periodos de espera, deducibles, coaseguros, límites máximos por evento, límites anuales o límites vitalicios, según aplique.

(d) Si el asegurador puede reducir cubierta, modificar condiciones o aumentar primas por razón de historial de reclamaciones, edad de la mascota o cambios geográficos del asegurado. Toda modificación relacionada con las condiciones de la cubierta, así como cualquier aumento de primas basado en historial de reclamaciones, edad de la mascota o cambios geográficos del asegurado, deberá contar con la aprobación previa del Comisionado antes de su implementación.

(e) Si el nombre de la entidad suscriptora es distinto al de la marca utilizada para mercadear el producto.

(f) El periodo aplicable para examinar y devolver ("free look"). Salvo que el asegurado haya presentado una reclamación bajo la póliza, el solicitante tendrá derecho a examinar y devolver la póliza, certificado o endoso dentro de un término mínimo de quince (15) días de recibida para el reembolso de la prima pagada. La póliza deberá incluir una notificación específica e instrucciones claras en torno al proceso de devolución y reembolso.

(g) Transparencia sobre pagos de reclamaciones. El asegurador divulgará, en la póliza y de forma clara en su página principal, una descripción resumida de la base o fórmula utilizada para determinar pagos de reclamaciones, entre estos, reembolso basado en porcentaje de gastos elegibles, tabla de beneficios y tarifas usuales.

(h) Cuando el asegurador utilice una tabla de beneficios, deberá incluirla en la póliza y mantenerla accesible en su sitio web, de forma clara y detallada.

(i) Cuando el asegurador limite reembolsos mediante conceptos de tarifas prevalecientes, usuales u otra metodología basada en tarifas, deberá describir dicha metodología en la póliza y divulgarla de forma clara y específica.

(j) Si la póliza requiere examen veterinario para activar la cubierta, el asegurador deberá divulgar con claridad los elementos requeridos y advertir que la documentación podría resultar en la aplicación de

financiera adversa según lo definido en la Regla 94 titulada "Estándares y autoridad del Comisionado de Seguros con respecto a aseguradores que presenten una financiera adversa", una condición que sería motivo para supervisión, tutela o un proceso de insolvencia, el Comisionado puede exigir que el asegurador u organización de servicios de salud garantice y mantenga un depósito, retenido por el Comisionado, o una fianza, según lo determine el asegurador u organización de servicios de salud bajo su discreción, para la protección del asegurador u organización de servicios de Salud durante la duración de cada contrato o acuerdo, o la existencia de la condición por la cual el Comisionado haya requerido el depósito o la fianza. Al determinar si se requiere un depósito o una fianza, el Comisionado debe considerar si existe alguna preocupación con respecto a la capacidad de la persona afiliada para cumplir con todo contrato o acuerdo si el asegurador u organización de servicios de salud entrase en un proceso de liquidación. Una vez el Comisionado determina que el asegurador u organización de servicios de salud se encuentra en una condición financiera adversa o en una condición que podría ser motivo para supervisión, tutela o un proceso de insolvencia, y resulta necesario un depósito o fianza; el Comisionado tendrá discreción para determinar el importe del depósito o fianza, el cual no podrá superar el valor de todo contrato o acuerdo en un año determinado, y si dicho depósito o fianza debe exigirse para un único contrato, varios contratos o un contrato únicamente con una persona o personas específicas;

(g) Todos los registros y datos del asegurador u organización de servicios de salud que se encuentren en poder de una afiliada son y seguirán siendo propiedad del asegurador u organización, al control del asegurador u organización. Estos registros y datos también deberán ser identificables y estar separados o ser fácilmente separables de los y datos de todas las demás personas, sin costo adicional para el asegurador u organización de servicios de salud. Esto incluye todos los registros y datos que sean propiedad del asegurador u organización de servicios de salud, cualquiera que sea la forma en que se conserven, incluidos, entre otros, las reclamaciones y los expedientes de las reclamaciones, las listas de asegurados, los expedientes de solicitudes, los expedientes de litigios, los expedientes de primas, los libros de tarifas (los manuales de tarifas), los manuales de suscripción, los expedientes de personal, los expedientes financieros o registros similares que estén en el poder, la custodia o el

control de la afiliada. A solicitud del asegurador u organización de servicios de salud, la afiliada deberá garantizar que el síndico pueda obtener un expediente completo de todos los registros de cualquier tipo relacionados con el negocio del asegurador u organización de servicios de salud; obtener acceso a los sistemas operativos en los que se mantienen los datos; obtener el programa ("software") que ejecuta dichos sistemas, ya sea mediante la suscripción de acuerdos de licencia o de cualquier otro modo y restringir el uso de los datos por parte de la afiliada si dicha afiliada no está operando el negocio del asegurador. La afiliada proporcionará una exención de cualquier gravamen de arrendador u otro gravamen para conceder al asegurador u organización acceso a todos los registros y datos si la afiliada incumple un contrato de arrendamiento u otro acuerdo y;

(h) Las primas u otros fondos que pertenezcan al asegurador u organización de servicios de salud y cuyo cobro o retención esté en manos de una afiliada son propiedad exclusiva del asegurador u organización de servicios de salud y están sujetos al control del asegurador u organización de servicios de salud. Todo derecho de compensación en caso de que un asegurador u organización de servicios de Salud entre en un proceso de sindicatura estará sujeto a lo dispuesto en el Capítulo 40 del Código de Seguros de Puerto Rico.

(2)

...

(6) Procedimientos de supervisión, incautación, tutela o sindicatura.

(a) Toda afiliada que sea parte de un acuerdo o contrato con un asegurador u organización de servicios de salud doméstico en virtud del Artículo 44.060A(2)(d) estará sujeta a la de todo procedimiento de supervisión, incautación, tutela o sindicatura interpuesto en contra del asegurador u organización de servicios de salud y a la autoridad de todo supervisor, tutor, rehabilitador o liquidador del asegurador designado de conformidad con las leyes de supervisión y sindicatura con el fin de interpretar, imponer y supervisar, en virtud del acuerdo o contrato, las obligaciones de la afiliada con respecto a la prestación de servicios al asegurador que:

(i) parte integral de las operaciones del asegurador, incluidas, entre otras, las funciones de dirección, administración, contabilidad, procesamiento de datos, mercadeo, suscripción, tramitación de reclamaciones, inversión o cualquier otra función similar o que;

promover la salud, seguridad o bienestar general de la mascota. Cuando, por su naturaleza o estructura, el programa constituya un contrato o transacción de seguro bajo el Código, quedará sujeto plenamente a las disposiciones aplicables del Código.

(j) Renovación - emisión y entrega de una póliza, que sustituye una póliza previamente emitida por el mismo asegurador de mascotas o un afiliado del asegurador, tras haberse culminado el periodo de cubierta previa. La misma provee tipos y límites de cubierta sustancialmente similares a los de la póliza sustituida.

(k) Seguro para mascotas - póliza de seguro que provee cubierta para accidentes y enfermedades de mascotas.

(l) Trastorno hereditario - anomalía transmitida genéticamente de progenitor a cría que puede causar enfermedad.

(m) Veterinario - persona que posee una licencia válida para ejercer la práctica de la medicina veterinaria expedida por la autoridad de licenciamiento correspondiente en la jurisdicción en la que ejerza.

(B) Cuando un asegurador utilice en una póliza los términos definidos en este Capítulo, deberá:

(a) utilizar y aplicar los términos incluidos en este Capítulo según definidos;

(b) incluirlos dentro del texto de la póliza o en un endoso de la misma como parte del contrato; y

(c) hacerlos disponibles mediante un enlace claro y conspicuo en la página principal del sitio web del asegurador o del administrador de programa, según aplique.

Artículo 48.030.— Divulgaciones obligatorias al Consumidor

(A) Todo asegurador que emita y suscriba un seguro para mascotas deberá divulgar al consumidor, de forma clara y precisa, previo a la compra y emisión de la póliza lo siguiente:

(a) Si la póliza excluye cubierta por:

(1) condición preexistente;

(2) trastorno hereditario;

(3) anomalía o trastorno congénito; o

(4) condición crónica.

- (2) la mascota recibió tratamiento previo; o
- (3) basado en información de fuentes verificables, la mascota tuvo signos o síntomas directamente relacionados con la condición por la cual se somete una reclamación.

Una condición para la cual se provea cubierta bajo una póliza no podrá considerarse condición preexistente en ningún proceso de renovación de dicha póliza.

(d) Gastos veterinarios - costos asociados con consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento provistos por un veterinario incluyendo, pero sin limitarse a, el costo de los medicamentos recetados por dicho profesional.

(e) Mascota - todo perro o gato, y cualquier otra especie doméstica mantenida principalmente para compañía en el hogar, excluyendo animales destinados principalmente a uso agrícola, comercial, de trabajo, de investigación, o vida silvestre. Los aseguradores podrán establecer mediante las condiciones de sus pólizas las especies domésticas elegibles para cubierta, conforme a sus criterios de suscripción y apetito de riesgo.

(f) Ortopédico - condiciones que afectan huesos, músculos esqueléticos, cartílago, tendones, ligamentos y articulaciones. Incluye, sin limitarse a, displasia de codo, displasia de cadera, degeneración de disco intervertebral, luxación patelar y ruptura del ligamento cruzado craneal. No incluye cánceres ni enfermedades metabólicas, hematopoyéticas o autoinmunes.

(g) Periodo de espera - período establecido en la póliza emitida, que debe transcurrir antes de que alguna o toda la cubierta comience. Los períodos de espera no podrán aplicarse a renovaciones de cubierta existentes.

(h) Periodo para examinar y devolver ("free look")— término mínimo de quince (15) días que todo asegurador debe otorgar al asegurado adquirente de una póliza para mascotas, durante el cual el asegurado examina la misma y tiene derecho a devolverla para su cancelación y reembolso, sin cargos ni penalidades aplicables, salvo que el asegurado haya presentado una reclamación durante dicho periodo bajo la póliza.

(i) Programa de bienestar- programa por suscripción o reembolso, separado de una póliza de seguro, que provee bienes o servicios para

(ii) Sean esenciales para la capacidad del asegurador de cumplir con sus obligaciones en virtud de las pólizas de Seguro.

(b) El Comisionado puede exigir que un acuerdo o contrato conforme al Artículo 44.060A(2)(d) para la prestación de los descritos en (i) y

(ii) especifique que la afiliada preste su consentimiento a la jurisdicción según lo establecido en este Artículo 44.060A(6).

(B) ...

...

(D) ...

Sección 4. - Se enmiendan los incisos (A) y (C) del Artículo 44.080 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", y se añaden a éste los incisos (F) y (G), para que lean como sigue:

“Artículo 44.080.- Trato confidencial

(A) Todos los documentos, materiales u Otra información en manos de la Oficina del Comisionado de Seguros, o bajo control de esta, que se hayan obtenido o hayan Sido divulgados al Comisionado o a alguna Otra persona en el transcurso de un examen o investigación realizada conforme a los Artículos 44.070, 44.071 y 44.072, y todos los informes presentados conforme a los Artículos 44.030, 44.050 y 44.060 se reconocerán por el Comisionado como propietario y que contiene secretos de negocios y se considerarán confidenciales y de naturaleza privilegiada y no estarán sujetos a inspección pública ni serán admisibles como evidencia en un proceso judicial civil. No obstante, se autoriza al Comisionado a usar los documentos, materiales u Otra información en el proceso de ejercer Sus funciones oficiales regulatorias o 'llevar alguna acción judicial. El Comisionado no divulgará los documentos, materiales u otra información sin el consentimiento previo por escrito del asegurador afectado, a menos que el Comisionado, previa notificación y vista, determine que dicha divulgación servirá a los intereses de los tenedores de pólizas, accionistas o del público, en cuyo Caso el Comisionado podrá publicar todos o parte de dichos documentos, materiales u Otra información como estime adecuado.

(1) A los efectos de la información sometida y proporcionada a la Oficina del Comisionado de Seguros de conformidad con el Artículo 44.050(M)(2), el Comisionado mantendrá la confidencialidad del cálculo del capital del grupo y la relación/razón del capital del grupo que resulte de dicho cálculo y toda información del capital del grupo recibida de una estructura de control de compañías de seguros bajo la supervisión de la Junta de la Reserva Federal o cualquier supervisor del grupo de los Estados Unidos.

(2) A los efectos de la información sometida y proporcionada a la Oficina del Comisionado de Seguros de conformidad el Artículo 44.050(M)(3), el Comisionado mantendrá la confidencialidad de los resultados de la prueba de resistencia de liquidez y las divulgaciones que las sustente, así como toda información sobre la prueba de resistencia de liquidez que sea recibida de una estructura de control de compañías de seguros bajo la supervisión de la Junta de la Reserva Federal o cualquier supervisor del grupo de los Estados Unidos.

(B) ...

(C) En el desempeño de sus deberes el Comisionado podrá:

(1) Compartir documentos, materiales u otra información, incluidos los documentos, materiales o información confidenciales y privilegiados referidos en el Apartado A de este Artículo, incluyendo documentos y materiales propietarios y secretos de negocios con otras agencias reguladoras estatales, federales e internacionales, con la NAIC, cualquier consultor designado por el Comisionado y con las autoridades de cumplimiento estatales, federales e internacionales, incluyendo a los miembros de un colegio de supervisores o los miembros de un colegio amplio de supervisores o el supervisor relacionado a un grupo de aseguradores activos internacionalmente constituido de conformidad con este Capítulo, siempre y cuando la persona que los reciba acuerde por escrito a mantener el carácter confidencial y de privilegio del documento, material u otra información. No obstante, el Comisionado en el proceso de ejercer sus funciones solo podrá compartir documentos, materiales o información confidenciales y privilegiados suministrada en cuanto a riesgos empresariales con cualquier otro comisionado o regulador de la industria de seguros de un estado que posea criterios de regulación sustancialmente similares a las disposiciones de trato confidencial establecidas en este Artículo y que acuerde por escrito no divulgar la referida información;

2. Para añadir un nuevo Capítulo 48 a la Ley Núm. 77 de 1957, Código de Seguros de Puerto Rico- Pólizas de Seguros de Mascotas.

Ley Núm. 186 de 17 de agosto de 2026

Sección 1.- Se añade un nuevo Capítulo 48 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

“CAPÍTULO 48 — SEGURO PARA MASCOTAS

Artículo 48.010.— Propósito, alcance y aplicabilidad.

(A) El propósito de este Capítulo es promover el bienestar público mediante la creación de un marco jurídico integral bajo el cual el seguro para mascotas pueda ser ofrecido, vendido y administrado en Puerto Rico.

(B) Este Capítulo aplicará a toda póliza de seguro para mascotas solicitada, negociada, vendida, entregada o emitida para entrega en Puerto Rico, siempre que dichas pólizas cumplan con los requisitos de radicación y aprobación establecidos en el Código de Seguros de Puerto Rico y la reglamentación aplicable promulgada por el Comisionado.

(C) Las disposiciones contenidas en este Código serán de aplicación al seguro de mascotas. No obstante, los artículos incluidos en este Capítulo prevalecerán sobre cualquier disposición general del Código que resulte incompatible.

Artículo 48.020.— Definiciones

(A) Los siguientes términos, usados en el contexto de este Capítulo, significarán lo siguiente:

(a) Anomalía o trastorno congénito - condición presente desde el nacimiento, heredada o causada por el ambiente, que puede causar o contribuir a una enfermedad.

(b) Condición crónica - condición que puede tratarse o manejarse, pero no curarse.

(c) Condición preexistente - cualquier condición respecto la cual, antes de la fecha de efectividad de la póliza o durante cualquier periodo de espera, ocurra cualquiera de los siguientes:

(1) un veterinario brindó consejo médico;

salud, o de cualquier componente derivado del cálculo por cualquier asegurador, organización de servicios de salud, corredor u otra persona relacionada de cualquier modo con el negocio de seguros, sería engañosa y, por lo tanto, está prohibida; siempre y cuando cualquier declaración sustancialmente falsa con respecto al cálculo del capital del grupo, la razón/relación del capital del grupo resultante ("*resulting group capital ratio*"), una comparación inadecuada de cualquier cantidad con el cálculo del capital del grupo de un asegurador, organización de servicios de Salud o grupo de aseguradores o la razón/relación del capital del grupo resultante ("*resulting group capital ratio*"), el resultado de la prueba de resistencia de liquidez, las divulgaciones de apoyo para la prueba de resistencia de liquidez o una comparación inadecuada de cualquier cantidad con el resultado de la prueba de resistencia de liquidez de un asegurador, organización de servicios de salud o grupo de aseguradores o las divulgaciones de apoyo se publique en cualquier publicación escrita y el asegurador u organización de servicios de salud pueda demostrar al Comisionado con pruebas sustanciales la falsedad de dicha declaración o su inadecuación, según sea el caso, entonces el asegurador u organización de servicios de salud podrá publicar anuncios en una publicación escrita si el propósito exclusivo del anuncio es refutar la declaración sustancialmente falsa."

Sección 5.- Separabilidad

Si cualquier parte de esta Ley fuera anulada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de esta ley. El efecto de dicha resolución, dictamen o sentencia quedará limitado a la parte específica de la misma que así hubiere sido anulada o declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a una circunstancia de cualquier parte de esta Ley fuera invalidada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a aquellas personas o circunstancia en que se pueda aplicar válidamente.

Sección 6.- Vigencia.

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente luego de su aprobación.

(2) Recibir documentos, materiales o información, incluidos documentos, materiales o información, que de otra manera serían confidenciales y privilegiados, de la NAIC y sus afiliados y subsidiarias y de los oficiales regulatorios y de cumplimiento de ley de otras jurisdicciones extranjeras o nacionales, y mantendrá el carácter confidencial y de privilegio del documento, material o información que se le entregue con la advertencia o entendimiento de que son de carácter confidencial o de privilegio conforme a las leyes de la jurisdicción originaria del documento, material o información. Independientemente de lo dispuesto anteriormente en este párrafo, el Comisionado solo podrá compartir documentos, material o información confidenciales y privilegiados que se hayan presentado de conformidad con el Artículo 44.050(M)(1) con comisionados de estados que tengan estatutos o reglamentos sustancialmente similares al inciso A y que hayan acordado por escrito no divulgar dicha información.

(3) Recibir documentos, materiales u otra información, incluidos documentos, materiales o información que de otra manera serían confidenciales y privilegiados, lo que incluye información o documentos que constituyen información privada exclusiva o secretos de negocios, por parte de la NAIC y sus afiliadas y subsidiarias, así como por parte de funcionarios regulatorios y oficiales de orden público de otras jurisdicciones foráneas o domésticas y mantendrá Como confidencial o privilegiado todo documento, material o información recibidos Con el aviso o el entendimiento de que son confidenciales o privilegiados conforme a las leyes de la jurisdicción de Origen del documento, material o información; y

(4) Suscribir acuerdos por escrito con la NAIC y Con cualquier tercero consultor designado por el Comisionado con el propósito de establecer cómo se llevarán a cabo los procesos de compartir el uso de información proporcionada con arreglo a las disposiciones de este Artículo, en el cual se establezcan asuntos tales como:

(i) Especificar los procedimientos y protocolos de seguridad con respecto a la protección de la confidencialidad y carácter privilegiado de la información compartida con la NAIC, y cualquier tercero consultor designado por el Comisionado, incluyendo los procedimientos y protocolos para compartir por parte de la NAIC u otros reguladores estatales, federales o internacionales. El acuerdo proveerá que el recipiente acuerda por escrito el mantener la

confidencialidad y el estatus privilegiado de los documentos, materiales u otra información y que ha verificado aquella autoridad legal para mantenerlos confidenciales;

(ii) Establecer que la autoridad Sobre la información compartida la NAIC, o un tercero consultor la retendrá el Comisionado, la NAIC o el tercero consultor según designado por el Comisionado, y que el uso de la información compartida estará sujeto a la supervisión del Comisionado;

(iii) Salvo los documentos, el material o la información divulgados en virtud del Artículo prohibir a la NAIC o al consultor externo designado por el Comisionado que almacene la información compartida en virtud de esta Ley en una base de datos permanente una finalizado el análisis subyacente;

(iv) Requerir dar aviso oportuno al asegurador u organización de servicios de salud, en la eventualidad de que se reciba un requerimiento, subpoena u orden para la divulgación o producción de información confidencial de este, que esté en posesión de la NAIC, o de un tercero consultor designado por el Comisionado, cualquier miembro del colegio de supervisores, del colegio amplio de o autoridad oficial reguladora;

(v) Requerir a la NAIC y a un tercero consultor designado por el Comisionado a consentir, mediante oportuna solicitud, la intervención de un asegurador u organización de servicios de salud en un procedimiento judicial o administrativo en el cual le sea requerido a la NAIC y a un tercero consultor designado por el Comisionado la divulgación o producción de información confidencial de dicho asegurador u organización de servicios de Salud obtenida conforme a las disposiciones de este Capítulo;

(vi) Para documentos, materiales o información de reportes de conformidad con el Artículo 44.050(M)(3), en caso de un acuerdo que envuelva a un tercero consultor, se debe proveer notificación de la identidad del consultor al asegurador u organización de servicios de salud que le aplique.

(D) La divulgación de los documentos, materiales o información al Comisionado no constituirá una renuncia al derecho de privilegio o reclamación de confidencialidad aplicables, conforme al presente Artículo o como resultado de compartir la información según se autoriza en el Apartado (C) ...

...

(F) Nada de lo dispuesto en este Artículo podrá entenderse como una delegación de la autoridad del Comisionado de regular y examinar las operaciones de aseguradores u organizaciones de servicios de salud domésticas que formen parte de una estructura de control de compañías de seguros (*insurance holding Lumpy system*) y emitir cualquier orden para exigir el cumplimiento de las disposiciones de este Capítulo.

(F) Todo documento, material u otra información en manos o bajo el control de la NAIC o de consultores externos designados por el Comisionado en virtud de esta Ley Se considerarán confidenciales al amparo de la ley y será información privilegiada, no estará sujeto a divulgación pública, no estará sujeto a citación ni a descubrimiento de prueba, ni será admisible como prueba en ningún litigio civil entre partes privadas.

(G) El cálculo del capital del grupo y la relación/razón del capital del grupo resultante ("*resulting group capital ratio*"), exigidos en el Artículo 44.050(M), y la prueba de resistencia de liquidez, junto con sus resultados y las divulgaciones que las sustenten exigidas en el Artículo 44.050(M)(2) son herramientas reglamentarias para la evaluación de los riesgos del grupo y la suficiencia del capital y los riesgos de liquidez del grupo, respectivamente, y no constituyen un recurso para clasificar a los aseguradores, organizaciones de servicios de salud o a las estructuras de control de las compañías de seguros en general. Por lo tanto, salvo que se exija lo contrario en virtud de las disposiciones de la presente Ley, la realización, publicación, difusión, circulación o presentación al público, o causar directa o indirectamente que se realice, publique, difunda, circule o presente al público en un periódico, revista u otra publicación, o por medio de un aviso, circular, folleto, carta o cartel, o a través de cualquier emisora de radio o televisión o cualquier medio electrónico de comunicación disponible para el público, o de cualquier Otro modo como publicidad, anuncio o declaración que contenga una manifestación o declaración con respecto al cálculo del capital del grupo, la razón/relación del capital del grupo ("*resulting group capital ratio*"), los resultados de la prueba de resistencia de liquidez o las divulgaciones de apoyo para la prueba de resistencia de liquidez de cualquier asegurador, organización de servicios de salud o de cualquier grupo de aseguradores u organizaciones de servicios de