



1. Tenga información estadística, actuarial o razonable de seguros que: (A) sea razonablemente correspondiente a una pérdida actual o anticipada; y (B) muestre que la ausencia de información de crédito puede resultar en diferencias en las pérdidas actuales o anticipadas.
2. Trate al solicitante o asegurado como si fuera un consumidor con información neutral de crédito, según definición de el asegurador, o
3. Excluya el uso de información de crédito como factor en el proceso de evaluación y utilice solamente otro criterio para la evaluación.

### **FACTORES NEGATIVOS**

Para evaluar o clasificar una póliza de seguro personal el asegurador no puede utilizar en ninguna de sus metodologías de evaluación o revisión de crédito nada de lo mencionado a continuación:

1. Una indagación de crédito que no fue iniciada por el consumidor.
2. Una indagación respecto a cobertura de seguro, si así esta identificada en un reporte de crédito del consumidor; o
3. Una cuenta de cobro con clave industrial médica, si así está identificada en el reporte de crédito del consumidor.

El asegurador tiene que considerar como siendo una sola indagación todas las indagaciones múltiples de acreedores que se hicieron dentro de los 30 días previos a la indagación, si codificadas en el reporte de la agencia reportadora como provenientes de la industria de financiamiento de casa o auto.

### **EFFECTOS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS**

El asegurador tiene que, previa solicitud por escrito del solicitante de seguro o asegurado, ofrecer al consumidor cuya información de crédito fue influenciada por una enfermedad o lesión catastrófica, fallecimiento de cónyuge, hijo o padre, pérdida de empleo, divorcio o robo de identidad, las excepciones razonables en sus tarifas, clasificación de póliza o reglamentos de evaluación. En dichos casos el asegurador puede considerar solamente la información de crédito que no fue afectada por el percance o tiene que asignar una clasificación neutral de crédito.

Antes de conceder las excepciones el asegurador puede requerir documentación del acontecimiento, por escrito e independientemente verificable, y del efecto que el percance tuvo en la información de crédito del individuo. El asegurador no es obligado a considerar acontecimientos repetidos o acontecimientos reconsiderados previamente como acontecimientos extraordinarios.

El asegurador también puede considerar otorgar una excepción al solicitante o asegurado por un percance extraordinario no mencionado en esta sección. El asegurador no estaría infraccionando ninguna ley o reglamento de evaluación, clasificación o tarifas si otorga una excepción bajo este artículo.

### **AVISO DE ACCIÓN CON RESULTADO DE EFECTO ADVERSO**

Si un asegurador ejerce una acción que resulte en un efecto adverso para el solicitante de seguro o asegurado basándose solamente o en una fracción de la información contenida en el reporte de crédito, el asegurador tiene que suministrar al solicitante o asegurado, dentro de los 30 días, cierta información sobre cómo puede el solicitante o asegurado verificar o disputar la información contenida en el reporte de crédito.

### **RESOLUCIÓN DE DISPUTAS Y CORRECCIÓN DE ERRORES**

Si por medio de un proceso de resolución de disputas establecido bajo la Sección 611(a)(5) de la Ley de para Reportes Justos de Crédito, Inciso 15 U.S.C. Sección 1681i, según enmiendas, se determina que la información del crédito de un individuo que actualmente está asegurado es inexacta o incompleta o no puede ser verificada, y el asegurador recibe aviso de la determinación de la agencia reportadora de crédito o del asegurado, el asegurador tiene que reevaluar y reclasificar al asegurado a más tardar el treintavo día a partir de la fecha de recibo del aviso.

Después de reevaluar y reclasificar al asegurado el asegurador tiene que hacer cualquier ajuste necesario dentro de los 30 días, consistente con las normas de evaluación y clasificación de el asegurador. Si un asegurador determina que el asegurado ha sobrepagado en su prima el asegurador tiene que acreditarle la cantidad que pagó de más. El asegurador tiene que computar el sobrepago retroactivamente al período más corto de los previos 12 meses de cobertura; o al período actual de la póliza.