

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS E INGENIERÍA**

MODELADO Y AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS EMPRESARIALES

Segundo Semestre 2024

Examen Final

Indicaciones Generales:

- *La resolución del examen, así como la carátula con sus datos personales deberán ser subidos en formato PDF de forma individual hasta las 11:59 pm. del sábado 7 de diciembre en la carpeta habilitada que encontrará en el enlace de su horario en Paideia.*
- *La presentación, la ortografía y la gramática de los trabajos influirán en la calificación.*
- *Se evaluará lo concreto y directo de su respuesta.*

Puntaje total: 20 puntos

Cuestionario:

Pregunta 1 (20 puntos)

Para el caso descrito a continuación, se pide:

- a) Elaborar el BPD del proceso de emisión de pólizas a clientes detallando la coreografía entre Broker Seguros y la aseguradora. (10 puntos)
- b) Elaborar el BPD del proceso de atención y seguimiento de siniestros de salud detallando la coreografía entre Broker Seguros y la aseguradora. (10 puntos)

Caso: Broker Seguros – Emisión de pólizas y Atención y seguimiento de siniestros de salud.

Broker Seguros (BS) es un broker peruano con más de 50 años de experiencia en el ámbito de los seguros. Actualmente se encuentra en el top 10 de broker de seguros de acuerdo al ranking de la SBS. BS trabaja con diferentes compañías de seguros del mercado nacional, con el fin de satisfacer las necesidades de seguridad y protección de sus clientes. Como broker, BS se encarga de intermediar y asesorar a las personas que deseen adquirir un seguro, brindando las coberturas y condiciones del contrato de las diversas compañías de seguros. Además, de ofrecer asistencia durante la vigencia del contrato y al momento de producirse un siniestro. Dos procesos vitales de la operación de BS son la emisión de pólizas a clientes y la atención y seguimiento de siniestros de salud, procesos que BS desea modelar a fin de identificar todos los actores y actividades que participan en ellos.

El proceso emisión de pólizas a clientes es desarrollado por el área de comercial de BS y tiene como objetivo formalizar el contrato de seguro entre un cliente de BS con una empresa aseguradora con la que BS mantiene una relación de intermediación y colaboración. El proceso inicia cuando un encargado del área de comercial recibe, una solicitud de emisión de póliza. Al recibir la solicitud, deberá registrarla en el sistema de BS, así como verificar si el cliente ha tenido anteriormente seguros con el bróker. En caso estuviera registrado como un cliente inhabilitado, el encargado rechaza la solicitud disculpándose con el cliente a través de un correo electrónico. Después de ello y dependiendo del tipo de seguro solicitado (BS actualmente trabaja con los siguientes tipos: salud, domiciliario, vehicular y SOAT), el encargado deberá solicitar al cliente los documentos requeridos para continuar con el proceso.

En caso fuera un seguro de salud se le solicita el DNI y la partida de nacimiento. En el caso fuera un seguro domiciliario, se le solicita el DNI, el título de propiedad, así como el HR y PU del inmueble (documentos municipales). En el caso fuera un seguro vehicular se le solicita el DNI y la tarjeta de propiedad del vehículo. Para finalmente en caso fuera un seguro SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) se le solicita el DNI, la tarjeta de propiedad del vehículo y una declaración jurada donde se detalla el uso que se le dará al vehículo durante la vigencia del seguro.

Una vez solicitados los documentos al cliente, este tendrá una semana para entregarlos. Si no hubiera respuesta del cliente en ese tiempo se procede a rechazar la solicitud, notificándole al cliente y finalizando el proceso. En cambio, si el cliente envía los documentos solicitados, el encargado del área de comercial procede a ejecutar el subproceso de verificación de los documentos. En caso esta verificación terminara en

un error, por haber alguna inconsistencia en los documentos, se procede a rechazar automáticamente la solicitud, notificándole al cliente y finalizando el proceso.

Por otro lado, si la verificación de documentos estuviera conforme, de acuerdo al tipo de seguro solicitado y los documentos presentados, el encargado deberá seleccionar la aseguradora más pertinente de emitir la póliza de seguro al cliente.

Con la aseguradora seleccionada, el suscriptor de seguros del área de comercial de BS procede a registrar la solicitud de emisión de póliza de seguro en el sistema de BS y a subir los documentos proporcionados, información que es enviada y registrada automáticamente en el sistema de la aseguradora. Después de ello el suscriptor de seguros deberá revisar si algún descuento de los vigentes que tiene la aseguradora aplica al seguro que se desea contratar. En caso existiera algún descuento vigente, el suscriptor deberá introducir dicho descuento en el sistema de BS.

Una vez hecho lo anterior, el suscriptor de seguros, solicitará a la aseguradora el cálculo automático de la prima que tiene que pagar el cliente por el seguro. Después de ello el suscriptor verificará que el importe de la prima sea el correcto, es decir coincida con los valores detallados en la plataforma de la aseguradora. En caso no coincidieran, el suscriptor de seguros deberá ingresar un reclamo que es registrado en el sistema de BS y después automáticamente registrado en la aseguradora. Este reclamo deberá ser atendido por la aseguradora en un plazo no mayor a 24 horas. Si pasadas las 24 horas no se hubiera dado respuesta al reclamo, BS le notifica a la aseguradora la cancelación de la emisión de la póliza, teniendo BS la responsabilidad de seleccionar una nueva aseguradora con la cual emitir la póliza al cliente.

Si la aseguradora da respuesta al reclamo, y esta es negativa, el suscriptor de seguros, procede a actualizar las condiciones del seguro en el sistema de BS. Después de ello, ya sea si la respuesta al reclamo hubiera sido positivo o negativo como si no hubiera habido reclamo, el suscriptor de seguros autorizará la emisión de la póliza del seguro, que después es enviada y registrada automáticamente en el sistema de BS. Por último, paralelamente se deberá enviar automáticamente por correo electrónico al cliente la póliza y solo en caso el cliente lo haya solicitado, la póliza es impresa y enviada con un courier.

El proceso de atención y seguimiento de siniestros de salud tiene como objetivo atender a un cliente que haya tenido un problema de salud, problema que esté cubierto por un seguro que el cliente haya contratado a través de BS, así como a realizar las coordinaciones con la aseguradora que emitió la póliza del seguro que conduzcan al pago de los gastos cubiertos por el seguro. El proceso inicia cuando un cliente envía una solicitud de atención de siniestro de salud a BS, solicitud que es recibida y registrada por un encargado del área de atención a clientes.

Luego de recibir la solicitud, el encargado verifica en el sistema de BS si el cliente está asociado a algún seguro, contratado a través de BS, que cubra el siniestro. En caso el cliente no esté asociado a ningún seguro que cubra el siniestro, se rechaza automáticamente la solicitud y se le comunica al cliente que no hay seguro aplicable finalizando el proceso. Por el contrario, en caso el cliente esté asociado a algún seguro contratado a través de BS que cubra el siniestro, el encargado identificará los documentos necesarios para emitir la solicitud los que serán solicitados al cliente.

Los documentos solicitados dependerán del tipo de siniestro de salud, debiendo siempre solicitar el informe del médico tratante, mientras que en caso el cliente realizó exámenes de laboratorio deberá solicitar además los informes de laboratorio y en caso hubiera habido algún gasto en un centro de salud, deberá solicitar las facturas de dicho centro. Para la entrega de toda esta documentación el cliente cuenta con siete días, en caso en ese tiempo no se hubiera entregado toda la documentación solicitada, se rechazará automáticamente la solicitud, notificándole al cliente y finalizando el proceso.

Luego que el encargado haya recibido los documentos del cliente, este procede a registrar en el sistema de BS una solicitud de pago del siniestro de salud, solicitud que es enviada y registrada automáticamente en el sistema de la aseguradora, emisora de dicho seguro. Después del registro, la aseguradora enviará a BS el número de solicitud para que se pueda realizar el seguimiento. Este número de solicitud, una vez recibido por BS, es actualizado automáticamente en la solicitud de pago del sistema de BS y enviado al cliente para su control.

Después de registrada la solicitud de pago, la aseguradora evalúa si el seguro cubre el tipo de siniestro reportado por el cliente. En caso el seguro del cliente no cubra ese tipo de siniestro de salud, se rechaza la solicitud automáticamente y se le comunica al encargado que la operación no está cubierta por el seguro

detallando los motivos, quien rechaza la solicitud presentada en el sistema de BS notificándole al cliente la respuesta del seguro.

En caso la operación esté cubierta por el seguro, la aseguradora identificará si existe algún problema con los documentos. En caso existiera algún problema por los documentos y esto se debiera a la existencia de algún documento adulterado, se le envía una notificación a BS rechazando el pago del siniestro. Luego de ello, la aseguradora inicia el subproceso de investigación de documentos adulterados finalizando el proceso en la aseguradora. Por su parte el encargado de BS al recibir el motivo de rechazo por documentos adulterados notifica cliente y al área legal de BS, donde un responsable legal analizará los problemas encontrados con la documentación, producto del cual puede determinar cancelar el servicio de intermediación y asesoría al cliente, actualizando además al cliente como un cliente inhabilitado; o mantenerlo activo de ser conveniente.

En caso hubiera algún problema con los documentos que no fuera porque hubiera alguno adulterado (comúnmente por documentos faltantes, ilegibles o incompletos), la aseguradora solicitará a BS la documentación requerida, donde el encargado recibirá dicha notificación comunicándole al cliente, teniendo 7 días para entregarla a la aseguradora través de BS, donde deberán volver a revisar toda la documentación presentada repitiéndose los pasos anteriores. En caso transcurra ese tiempo sin respuesta del cliente, la aseguradora automáticamente rechazará la solicitud, notificando al encargado de BS quien le notificará al cliente.

Si la aseguradora, no tuviera ningún problema con los documentos presentados o sus observaciones fueron resueltas por el cliente se procede a realizar una transferencia electrónica a la cuenta bancaria indicada por el cliente (transferencia de la que recibe un voucher electrónico generado por el banco del cliente). Enviando después el voucher electrónico al encargado de BS quien también lo registra en el sistema, notificando al cliente y actualizando la solicitud de atención de siniestro de salud como finalizada, terminando el proceso.

Por último, se deberá tener en cuenta que una vez que el cliente reciba el número de la solicitud de pago del siniestro de salud, mientras el proceso no haya finalizado, en cualquier momento, el cliente puede comunicarse con el encargado de atención de clientes consultando el estado del proceso, para lo cual, en dicha situación, el encargado deberá revisar en el sistema de BS el estado actual de la solicitud para de ahí responderle al cliente. Tener presente que el cliente puede hacer la consulta ninguna o varias veces durante la ejecución del proceso.

Profesores del curso:

Ing. Jorge Alberto Berrocal Pérez-Albela y

Ing. Marco Antonio Caldas Cruz

San Miguel, 7 de diciembre de 2024.