



Lima, 23 de septiembre de 2022

RESOLUCIÓN SBS
N° 02941-2022

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Rimac Seguros y Reaseguros S.A. (la Compañía) con fecha 12 de octubre de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) - Dólares”, registrado con Código SBS N° VI0507720068, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 2829-2017 de fecha 19 de julio de 2017.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 12 de octubre de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) - Dólares”, registrado con Código SBS N° VI0507720068;

Que, a través de la Resolución SBS N° 2829-2017 de fecha 19 de julio de 2017, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto obligatorio y personal, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante, Ley de Seguros;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, cualquier solicitud de modificación de la documentación incorporada al Registro, se sujetará a los mismos plazos y condiciones señalados en los Subcapítulos II y III de dicho Reglamento; esto es, a los procedimientos de aprobación administrativa previa o revisión posterior, según corresponda. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación, la Compañía no puede emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

Que, por su parte, el artículo 17 del referido Reglamento establece los documentos que las empresas deben presentar a esta Superintendencia a efectos de modificar los modelos de las pólizas;

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17 del Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, y considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de las condiciones mínimas solicitadas;

Que, sin perjuicio de lo anterior, conforme a lo previsto en el Artículo I de las Disposiciones Generales de la Ley de Seguros, la aplicación de la citada Ley y demás normas reglamentarias, son de carácter supletorio en el caso de los seguros obligatorios, y/o que se encuentren regulados por leyes especiales, tal como el producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) - Dólares”, el cual se rige según lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, así como por las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98-SA, sus normas modificatorias y/o sustitutorias;

Que, en ese contexto, no aplica al producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) - Dólares”, las condiciones mínimas relativas al derecho de arrepentimiento, a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro, a la renovación de la póliza ni a la revocación del consentimiento del asegurado en aquellos casos de seguros de vida en los que el contratante sea distinto al asegurado, toda vez que se trata de un seguro de vida obligatorio regulado por su normatividad especial, en el que la Ley de Seguros se aplica supletoriamente;

Que, de la misma manera, las condiciones referidas al derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto a las modificaciones de las condiciones contractuales durante la vigencia del contrato y su derecho de aceptarlos o no, la obligación de las empresas a pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74 de la Ley de Seguros, los mecanismos de solución de controversias, así como los efectos del incumplimiento del pago de la prima, son aprobados en el marco de la normativa especial que regula este seguro obligatorio;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 3, 8, 14, 15, 18 y 23 de las Condiciones Generales del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) - Dólares”, sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, estando a lo opinado por el Departamento de Asesoría y Supervisión Legal y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349 de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta, y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 3, 8, 14, 15, 18 y 23 de las Condiciones Generales del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) - Dólares” cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 2829-2017 de fecha 19





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de julio de 2017, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las modificaciones propuestas por la empresa en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del Registro de Pólizas. En tal sentido, la Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) - Dólares”, incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 18 del Reglamento de Conducta, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) - Dólares” modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

Artículo 3°.- TASA:

(...)

De presentarse una agravación del riesgo, esta deberá ser informada por EL CONTRATANTE a LA COMPAÑÍA. Cursado el aviso, o en caso LA COMPAÑÍA tome conocimiento de la agravación del riesgo por otra fuente, LA COMPAÑÍA tendrá un plazo de quince (15) días calendario siguientes para informar a EL CONTRATANTE su decisión de mantener la prima o efectuar un reajuste. Vencido dicho plazo sin que LA COMPAÑÍA se haya pronunciado, se entenderá que no será de aplicación un reajuste de primas.

En caso LA COMPAÑÍA proponga un reajuste a EL CONTRATANTE y éste no se encuentre de acuerdo, se podrá resolver el contrato.

Artículo 8°.- SUSPENSIÓN DE COBERTURA

La demora en el pago de la prima dentro del plazo estipulado en el artículo precedente o la inejecución de las medidas de protección o prevención señaladas en el artículo 8 del Decreto Supremo N° 003-98-SA, dará lugar a la suspensión automática de la cobertura a partir de la fecha de tal incumplimiento sin necesidad de aviso previo o declaración judicial, pero LA COMPAÑÍA continuará obligada a otorgar las prestaciones que se generen durante el período de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra el CONTRATANTE por el costo de las mismas. Asimismo, en estos supuestos, LA COMPAÑÍA podrá optar por la resolución del presente contrato, en cuyo caso los Asegurados continuarán a cargo de la ONP hasta que se designe una compañía aseguradora que otorgue la cobertura de invalidez y gastos de sepelio por trabajo de riesgo.

Transcurridos treinta (30) días naturales sin que se hubiera contratado a una compañía aseguradora, se entenderá que es voluntad del CONTRATANTE, la contratación de la cobertura con ONP, entidad que procederá a extenderla cobrando las primas correspondientes.

Artículo 9°.- RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Si transcurren diez (10) días de constituida la mora conforme a lo establecido en el artículo 7 precedente¹, LA COMPAÑÍA cursará a EL CONTRATANTE una comunicación de cobranza y aviso de resolución de contrato, la cual surtirá efectos una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha en que EL CONTRATANTE recibió dicha comunicación.

Una vez que el contrato sea resuelto, las coberturas de los trabajadores continuarán a cargo de la ONP hasta que se designe una nueva entidad que otorgue las coberturas de ley.

La resolución del contrato no afectará los derechos devengados a favor de LOS ASEGURADOS durante la vigencia del contrato.

¹ **Artículo 7°.- PAGO DE PRIMA**

El CONTRATANTE deberá pagar la prima mensual dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la fecha de emisión de la póliza o del período que se haya convenido. Vencido dicho plazo EL CONTRATANTE automáticamente incurrirá en mora, declarando las partes expresamente que no será necesaria intimación alguna para que dicha mora exista. (...)





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Artículo 10°.- OMISIÓN DE DECLARACIÓN

EL CONTRATANTE reconoce y acepta en forma expresa que al no haber formulado la declaración de la planilla de trabajadores, no ha procedido al pago de la prima y por lo tanto, se encuentra dentro de las causales de resolución del presente contrato.

En tal sentido, LA COMPAÑÍA, al no haberse producido la declaración de la planilla de trabajadores, y constituyendo esta omisión la causa para que se genere un incumplimiento del pago de la prima, podrá resolver el presente contrato para lo cual cursará a EL CONTRATANTE una comunicación de cobranza y aviso de resolución de contrato, el cual surtirá efectos una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha en que EL CONTRATANTE recibió dicha comunicación, salvo que LA COMPAÑÍA decida otorgar expresamente un período de gracia a fin de ampliar el plazo para realizar la declaración de planilla y por ende, el pago de la prima.

Artículo 14°.- ATENCION DE SINIESTROS

La atención de los siniestros que se produzcan por la cobertura de Invalidez y Sepelio, se sujetara a las siguientes reglas:

14.1 Para determinar las prestaciones de este seguro, se entiende producido el siniestro que da origen a las pensiones de sobrevivencia e invalidez y gastos de sepelio:

- a. El día del accidente, en caso de invalidez o muerte inmediata por accidente de trabajo.
- b. El día de la configuración de la invalidez, en caso de enfermedad profesional
- c. El día de la configuración de la invalidez, en caso de accidente cuya invalidez no se manifieste inmediatamente.

14.2 EL CONTRATANTE comunicará por escrito a LA COMPAÑÍA dentro del plazo de 48 horas, o en un término mayor que sea razonable atendiendo a las circunstancias, la ocurrencia de todo accidente de trabajo, de o no lugar a una reclamación bajo la cobertura de Invalidez y Sepelio por trabajo de riesgo, el cual contendrá necesariamente información sobre la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad, domicilio y labor desempeñada por el trabajador asegurado que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancia en que éste ocurrió, así como el nombre y domicilio de los testigos.

14.3 En caso de enfermedad profesional EL CONTRATANTE comunicara por escrito dentro del plazo de 48 horas, o un término mayor que sea razonable atendiendo a las circunstancias, el diagnóstico de la enfermedad profesional o la ocurrencia que la evidencie, lo que ocurra primero.

14.4 En caso de fallecimiento del asegurado, LA COMPAÑÍA puede exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte debiendo los sucesores o beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales, bajo pena de perder los beneficios. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los sucesores o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de LA COMPAÑÍA.

14.5 En caso de existir discrepancias respecto de la condición de inválido del BENEFICIARIO el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Rehabilitación, solicitará la intervención de Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

14.6 Si las discrepancias no versaran sobre la condición de invalidez del beneficiario, el asunto será directamente sometido al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

14.7 LA COMPAÑÍA evaluará directamente la procedencia del reclamo una vez que se entregue la documentación completa, pronunciándose en el plazo de diez (10) días calendarios.

14.8 LA COMPAÑÍA procederá a pagar las pensiones de los beneficiarios que no hubieren impugnado su decisión dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o del Laudo Arbitral, en su caso.

14.9 En caso que la invalidez, total o parcial, sea de naturaleza TEMPORAL, una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad, será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen, previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también TEMPORAL, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

14.10 LA COMPAÑÍA pagará el beneficio que corresponda una vez consentida su decisión o resueltas las discrepancias surgidas.

14.11 Los gastos de Sepelio serán pagados por LA COMPAÑÍA a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO o la notificación del Laudo Arbitral, en su caso.

Artículo 15°.- PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

15.1 Para la cobertura de Pensión de Sobrevivencia, en caso de fallecimiento del Asegurado, los BENEFICIARIOS deben presentar la siguiente documentación:

- a. Copia Certificada del Certificado Médico de defunción, emitido por el médico tratante.
- b. Copia Certificada del Atestado Policial, emitido por la dependencia policial respectiva, y del Certificado de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, si el fallecimiento de EL ASEGURADO es a consecuencia de un accidente.
- c. Original de la Solicitud de Pensión de Sobrevivencia bajo el formato de LA COMPAÑÍA, acompañada de la documentación que acredite su condición de BENEFICIARIO, vale decir, la inscripción definitiva de la sucesión intestada o testamentaria en los Registros Públicos.
- d. Original de la Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las remuneraciones percibidas por EL ASEGURADO durante los doce (12) meses anteriores al siniestro. En caso que EL ASEGURADO cuente con una vida laboral activa menor a doce (12) meses, se acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados en función de los cuales se calculará la pensión.

El plazo de presentación de beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivencia será de ciento veinte (120) días calendarios contados a partir de la fecha de fallecimiento o de la declaración judicial





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de muerte presunta del asegurado. Las solicitudes que se presente dentro del plazo indicado, devengarán la pensión desde la fecha del siniestro.

Las solicitudes que se presenten posteriormente a los ciento veinte (120) días mencionados devengarán pensiones desde la fecha de presentación, originando solamente una redistribución de las mismas.

15.2 Para la cobertura de Reembolso de Gastos de Sepelio, deberán adjuntar:

- a. Original de la Solicitud de Reembolso de Gastos de Sepelio bajo el formato de la COMPAÑÍA.
- b. Copia Certificada del Certificado de Defunción del ASEGURADO, emitido por el médico tratante.
- c. Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado.

Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

15.3 Para la obtención de la Pensión de Invalidez EL ASEGURADO deberá presentar:

- a. Original de la Solicitud de Pensión de Invalidez bajo el formato de la COMPAÑÍA. Si la Solicitud de Pensión de Invalidez, es a consecuencia de una enfermedad profesional diagnosticada como "Neumoconiosis", este documento deberá estar acompañado por las Placas Radiográficas originales tomadas al ASEGURADO antes del inicio de sus labores, es decir, pre ocupacionales, así como las de control ya sean anuales o de intervalos menores, inclusive, y en caso corresponda, las tomadas al trabajador al cese de la relación laboral. Asimismo, si la solicitud de Pensión de Invalidez, es a consecuencia de una Enfermedad Profesional diagnosticada como Hipoacusia, este documento deberá estar acompañado por las Audiometrías originales tomadas al ASEGURADO antes del inicio de sus labores, es decir, pre ocupacionales, así como las de control ya sean anuales o de intervalos menores, inclusive, en caso corresponda, las tomadas al trabajador al cese de la relación laboral².
- b. Copia Certificada del Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente.
- c. Copia Certificada del Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones del alta o baja del paciente.
- d. Copia Certificada del Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud.

² Se aprueba teniendo en consideración que, en virtud del artículo 49 de la Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo, Ley N° 29783, en caso de los trabajadores que realizan actividades de alto riesgo, el empleador se encuentra obligado a realizar exámenes médicos antes, durante y al término de la relación laboral.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- e. Original de la Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores del ASEGURADO, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 últimas remuneraciones, percibidas por EL ASEGURADO hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, INCLUYENDO LOS SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL QUE HUBIERE PERCIBIDO A CARGO DE ESSALUD. En caso que EL ASEGURADO hubiere contado con una vida laboral activa menor a doce (12) meses, acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión.

Artículo 18°.- RESOLUCIÓN DE LA POLIZA

El contrato se celebrará a plazo indefinido. Dentro de su vigencia, LA COMPAÑÍA solo podrá resolverlo por causal de incumplimiento imputable a EL CONTRATANTE, de acuerdo con las normas que regulan el contrato de seguro complementario de trabajo de riesgo y según se establece en el artículo 9° del presente contrato, así como en el caso del artículo 3° por la disconformidad en la determinación de la tasa a aplicar para el cálculo de la prima.

Asimismo, y conforme a lo establecido en el segundo párrafo del Artículo 17°³ precedente, será causal de resolución de la cobertura que otorga la presente Póliza de Seguro y respecto del ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS que hubieren presentado una solicitud de cobertura fraudulenta o simulada, para lo cual LA COMPAÑÍA comunicará al ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, según corresponda, sobre su decisión de resolver el contrato con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se produzca la resolución. En este caso, se procederá a devolver la prima que corresponda al período no corrido de la Póliza, a través del mismo medio utilizado para el pago de las primas y dentro del plazo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que LA COMPAÑÍA haya comunicado su decisión de resolver el contrato.

EL CONTRATANTE sí podrá resolver el contrato, sin que medie causal de resolución; después de un año de vigencia de la cobertura y mediante un preaviso escrito no menor de noventa (90) días calendario.

Artículo 23°.- ARBITRAJE

La suscripción del presente contrato de seguro complementario de trabajo de riesgo, bajo cualquiera de sus coberturas, implica el sometimiento de las partes contratantes, así como de los asegurados y beneficiarios a las reglas de conciliación y arbitraje a que se refieren los artículos 90 y 91 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, vale decir, a la Comisión Arbitral Permanente de SUSALUD, conforme a la cual se resolverán en forma definitiva todas las controversias en la que se encuentren involucrados intereses de los asegurados, beneficiarios, EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA.

³ Artículo 17°.- INVESTIGACION Y REVISION DE LOS RECLAMOS

LA COMPAÑÍA podrá revisar al asegurado por facultativos designados por ella. En general podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

Si cualquier información referente al asegurado, o relacionada con su tratamiento fuera simulada o fraudulenta, perderá todo derecho a indemnización, encontrándose LA COMPAÑÍA facultada a iniciar contra los responsables, las acciones legales correspondientes. Sin perjuicio de que fuera de aplicación la resolución del contrato por la presentación de una solicitud de cobertura fraudulenta, LA COMPAÑÍA brindará respuesta a la solicitud de cobertura presentada, dentro del plazo de ley.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar los accidentes para determinar si procede o no el reclamo presentado por el asegurado. Para estos efectos podrá solicitar a EL CONTRATANTE, asegurados y/o beneficiarios la documentación que considere pertinente.

