



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 23 de agosto de 2021

RESOLUCIÓN SBS

N° 02486-2021

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante, la Compañía) con fecha 13 de abril de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos, por la cual pide la modificación del producto "Seguro de Accidentes Personales "Plan Familiar" - Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506100307, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4383-2015 de fecha 31 de julio de 2015.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 13 de abril de 2015, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro de Accidentes Personales "Plan Familiar" - Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506100307;

Que, a través de la Resolución SBS N° 4383-2015 de fecha 31 de julio de 2015, 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 personal y masivo, 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 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 de Registro de Pólizas de Seguro 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 vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de la(s) condición(es) mínima(s) solicitada(s);

Que, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el inciso 2 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (en adelante, Reglamento de Conducta) referido a la cobertura de enfermedades preexistentes, por tratarse de un seguro de accidentes personales;

Que, la presente Resolución aprueba la modificación de los artículos cinco, siete, veinte y veinticinco del Condicionado General del producto "Seguro de Accidentes Personales "Plan Familiar" - 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, aprobada por la Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento de Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos cinco, siete, veinte y veinticinco del Condicionado General del producto "Seguro de Accidentes Personales "Plan Familiar" - Dólares", cuyas últimas Condiciones Mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4383-2015 de fecha 31 de julio de 2015; conforme a lo solicitado por Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros S.A, 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, Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros S.A deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al citado producto; 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, Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros S.A deberá poner el modelo de póliza a disposición de los usuarios, a través de sus oficinas de atención al público, página web u otro mecanismo que determinen en relación al producto, 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

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:

(...)

C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

D. Renovación Automática de la Póliza:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la Póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la ASEGURADORA, quien emitirá la Póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones realizadas.

En caso la propuesta de modificación enviada por la ASEGURADORA sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

En el caso que el CONTRATANTE, no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a la ASEGURADORA en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia y en el caso de fraccionamiento de la prima que no existan cuotas impagas; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

ARTICULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA):





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La resolución deja sin efecto el Contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

7.1 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.2 Por falta de pago de la prima, por lo cual la ASEGURADORA podrá optar por resolver la Póliza de Seguro, durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. La Póliza de Seguro se considerará resuelta en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación por escrito de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

7.3 Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato de Seguro tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Contrato de Seguro podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Contrato y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, LA ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i. El CONTRATANTE o ASEGURADO incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- iii. Si la ASEGURADORA no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iv. La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al CONTRATANTE, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

7.4 Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro, en caso el ASEGURADO presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución; ello sin perjuicio de la atención de la solicitud de cobertura presentada, la cual será atendida por la ASEGURADORA dentro del plazo de ley. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo LA ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

7.5 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de primas) de la póliza. La propuesta de revisión deberá ser presentada al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE de respuesta a la revisión propuesta. La resolución del contrato se producirá luego de recibida la comunicación con la decisión de la ASEGURADORA, correspondiéndole a ésta la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.6 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado¹, tendrá derecho a resolver la misma en

¹ ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza formulada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

El Asegurado y/o Contratante pueden solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a su recepción.

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a la ASEGURADORA solo desde que esta comunique al ASEGURADO y/o CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

(...)





SUPERINTENDENCIA **DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, El CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución de la presente póliza, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

- a) El CONTRATANTE en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1. y 7.6. precedentes
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.3., 7.4, y 7.5. precedentes.

Producida la resolución del Contrato de Seguro por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución.

En caso que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE, de conformidad a lo establecido en el numeral 7.1, la ASEGURADORA procederá con el reembolso de la prima en función al periodo no transcurrido, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya presentado la solicitud de resolución. Si la resolución hubiera sido invocada por el CONTRATANTE en base al numeral 7.6, éste deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente Póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. En dicho caso, el plazo con que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud de reembolso.

Para los efectos del reembolso de prima, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

Sin perjuicio de lo antes mencionado en el presente artículo, si el CONTRATANTE y el ASEGURADO fueran personas distintas, se requerirá del consentimiento del ASEGURADO, quien podrá revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. En dicho caso, la ASEGURADORA desde la recepción de dicho documento, cesa en la cobertura del riesgo y el CONTRATANTE del seguro tiene derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

ARTICULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el Contrato de Seguro, por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir desde el inicio, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511) 6309000





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

8.1 Si el CONTRATANTE hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.

8.2 Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

8.3 Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el numeral 8.3 precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que se iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. Asimismo, dicho pronunciamiento deberá ser notificado por medio fehaciente.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
- b. La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

ARTICULO 10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

(...)

EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica de manera cierta, a través de los medios de comunicación pactados en el condicionado general o particular de la presente póliza, al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

ii. **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA).-**

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación por escrito de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTICULO 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho(s) canal(es) de comercialización, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el Contratante podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el Contratante haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma.

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado por el CONTRATANTE a través de un correo electrónico dirigido a atencionalcliente@rimac.com.pe (con el asunto "Derecho de arrepentimiento") o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando nombres, apellidos completos y el número del DNI del CONTRATANTE.

La póliza de seguro quedará resuelta (anulada) desde la fecha de recepción de la solicitud de derecho de arrepentimiento y la ASEGURADORA procederá a devolver la totalidad de la prima pagada en caso no se haya hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. La devolución de lo pagado se realizará al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud del derecho de arrepentimiento.

ARTICULO 19. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

ARTICULO 20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

En el caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTICULO 25. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO

25.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda y por los mecanismos de comunicación descritos en el segundo párrafo del Artículo 18° de las presentes Condiciones Generales².

² ARTICULO 18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en el Resumen o en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes podrán remitirse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

Las coberturas provisionales, prorrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por la ASEGURADORA tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o hasta tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos.

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a la ASEGURADORA la variación de sus datos de contacto, en caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato.

Para los efectos del presente Contrato la ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la ASEGURADORA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

25.2 SOLICITUD DE COBERTURA:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen de las presentes Condiciones Generales):

En el caso de la cobertura de Muerte Accidental:

- a. Copia simple del Documento de identidad del Asegurado, en caso que cuenten con el mismo.
- b. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.
- c. Copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado.
- d. Copia fedateada de la Historia clínica completa del Asegurado.
- e. Copia simple de los Documentos de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o Copia Certificada de la Partida de nacimiento de los Beneficiarios, en caso que estos sean menores de edad.
- f. En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la declaratoria de herederos en Registros Públicos.
- g. Copia Certificada del Atestado o del Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se haya realizado.
- h. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.
- i. Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; en caso de accidentes de tránsito.
- j. Copia Certificada del resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso se haya realizado.

En caso de la cobertura de Invalidez Total Permanente o Invalidez Parcial Permanente (Desmembramiento) por Accidente:

- a. Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- b. Copia fedateada con una antigüedad no mayor a 3 meses de la Historia Clínica del ASEGURADO, en caso corresponda.
- c. Original o Copia Fedateada con una antigüedad no mayor a 3 meses del Informe Médico completo del ASEGURADO, en caso corresponda.
- d. Copia Certificada del Atestado Policial completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.
- e. Copia Certificada del resultado del del Dosaje etílico del ASEGURADO, en caso de accidente de tránsito.
- f. Original del Dictamen de Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, COMAFP, COMEC o EPS.
- g. En caso de invalidez de los Hijos del Asegurado Titular y/o Cónyuge (debiendo ser ambos Asegurados) declarados en la Solicitud de Seguro, se deberá presentar la Copia Certificada de la Partida de Nacimiento de los Asegurados menores de edad.

En caso de solicitud de cobertura de Renta Hospitalaria diaria se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses de expedidos:

- a. Comprobante de pago del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización.
- b. Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
- c. Documento Nacional de Identidad del asegurado.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten (todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses de expedidos):

- a. Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías entre otros).
- b. Informe médico ampliatorio.

En caso la ASEGURADORA requiera la información adicional antes indicada, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo del que dispone para pronunciarse sobre el siniestro.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, o encontrarse debidamente apostillado. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

25.3 PAGO DE SINIESTRO:

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511) 6309000





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca el ajuste y la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando la ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez aprobado o consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

En caso LA ASEGURADORA no cumpla con el pago del siniestro en el plazo de 30 días, deberá pagar al ASEGURADO y/o al BENEFICIARIO un interés moratorio anual equivalente a 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas, de acuerdo a la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de mora.

El CONTRATANTE, aun cuando esté en posesión de la póliza, no puede cobrar la indemnización, sin expreso consentimiento del ASEGURADO, salvo que la póliza esté endosada a su favor.

