



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 02 de septiembre de 2021

RESOLUCIÓN SBS

N° 02573-2021

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Rimac Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante la Compañía) con fecha 13 abril de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro de Accidentes Personales Individuales – Dólares”, registrado con Código SBS N° AE0506100309, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 02644-2015 de fecha 14 de mayo de 2015;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 13 de abril de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro de Accidentes Personales Individuales – Dólares”, registrado con Código SBS N° AE0506100309;

Que, a través de la Resolución SBS N° 02644-2015 de fecha 14 de mayo 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, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante 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;





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

Que, considerando que nos encontramos ante una póliza de accidentes personales 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 Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento de Conducta, referida a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas previstas en los artículos 5, 7, 8, 14, 20 y 25 de las Condiciones Generales del producto, 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 5, 7, 8, 14, 20 y 25 de las Condiciones Generales del producto “Seguro de Accidentes Personales Individuales – Dólares”, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 02644-2015 de fecha 14 de mayo de 2015, solicitada por Rimac 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 de 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 de Accidentes Personales Individuales – 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 de Accidentes Personales Individuales – Dólares” modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

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, quién 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.

ARTÍCULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA)

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





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:

- a. 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 uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- b. Por falta de pago de la Prima en el caso que la ASEGURADORA decida resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del seguro. 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 escrita 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.
- c. Si al momento de la celebración del contrato, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no conocía que se produciría su cambio de actividad, este contrato de seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada. Por el contrario, en caso que el CONTRATANTE si supiese que podría generarse un cambio de actividad, y que luego de la contratación de la póliza se produjese dicho cambio de actividad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, cualquiera de estos últimos deberá comunicar a la ASEGURADORA la agravación del riesgo ni bien estos conocen su ocurrencia, en cuyo caso la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que fue debidamente comunicada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, para lo cual la resolución surtirá efectos desde la fecha de recepción de dicha comunicación. Le corresponde a La ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE y/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 y/o ASEGURADO incurrir en la falta de comunicación (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. 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 numerales 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.

- d. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal el (los) ASEGURADO(s) o el (los) BENEFICIARIO(s) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s). En este supuesto, la indemnización





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al beneficio. En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actúe, contando con los poderes legales suficientes, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

En la situación descrita en el literal d) anterior, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución. Ello sin perjuicio de la atención de la solicitud de cobertura presentada, la cual deberá ser atendida dentro del plazo de ley. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- e. 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 y/o de cobertura) de la póliza. La propuesta de revisión presentada al CONTRATANTE, deberá ser presentada 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. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- f. En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A¹ del presente Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en 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.
- g. En caso que el ASEGURADO sea persona distinta al CONTRATANTE, el ASEGURADO tendrá la facultad de revocar su consentimiento a ser asegurado bajo las coberturas de la presente Póliza de Seguro. La revocación surtirá efectos desde la fecha en que la ASEGURADORA haya recibido dicha comunicación por parte del ASEGURADO, y es a partir de ese momento en que cesan las coberturas. En dicho caso, el CONTRATANTE tiene derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

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

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

- El CONTRATANTE a su sola decisión y sin motivo alguno conforme al literal a) precedente, además del literal f).
- La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al e) 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 literal f), 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. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE haya presentado la solicitud. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. Por otro lado, en caso la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE de conformidad a lo establecido en el literal a), la ASEGURADORA procederá con el reembolso de la prima en función al plazo no transcurrido, dentro de los treinta (30) días contados desde que EL CONTRATANTE presentó su solicitud de resolución.

ARTÍCULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro desde el inicio de vigencia, debido a que existía una causal al momento de su celebración que hubiera impedido su celebración o modificado sus condiciones, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

- a. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubieran tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b. Si se hubiera celebrado el contrato una vez producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubieran incurrido en reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable– 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. En caso que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, el contrato seguirá vigente.
- d. La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del contrato de seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la Prima pagada.





SUPERINTENDENCIA **DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Para el caso descrito en el literal c) precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal a través de un medio fehaciente, plazo que iniciará desde que la ASEGURADORA conoce de la reticencia o declaración inexacta, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- 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 el importe total de la suma recibida.
- La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) dentro de los treinta (30) días siguientes de invocada la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente, si media dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por La ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

ARTÍCULO 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, 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.

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 escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

ARTÍCULO 14 DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Cuando 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 lo permita, 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.

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

(...)

ARTÍCULO 20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro, o en el caso de fallecimiento desde la fecha en que se tome conocimiento del beneficio, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 25. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO:

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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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^º de las presentes Condiciones Generales. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, 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 del presente condicionado) los siguientes documentos en original o en Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada):

- a. Acta o partida de defunción del Asegurado emitida por Reniec.
- b. Historia clínica completa del Asegurado, foliada y fedateada, correspondiente a la atención del accidente.

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 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, y en tanto el marco regulatorio lo permita, 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

- c. Documento de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad que carezcan de DNI.
- d. En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.
- e. Certificado Médico de defunción del Asegurado emitido por el médico tratante.
- f. Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
- g. Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- h. Resultado del Dosaje Etilico, en caso corresponda; sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados y esta situación sea acto generador del siniestro.
- i. Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso corresponda.

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 el procedimiento de 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:

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación e información completa exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre la aprobación 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 la aprobación o rechazo del siniestro, de acuerdo al procedimiento 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.





SUPERINTENDENCIA **DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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 consentido o aprobado 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 contrario la ASEGURADORA deberá pagar al Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de acuerdo a la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de mora.

