



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

10 MAY 2016

LA SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP
RECEBIÓ EL DOCUMENTO N° 17176-2016-SBS

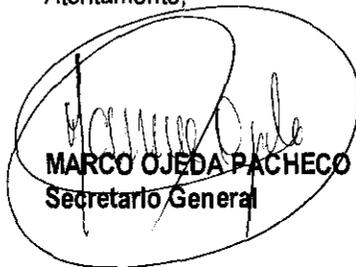
Lima, 05 de mayo de 2016

OFICIO N° 17176-2016-SBS

Señor
Gerente General
RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS
Las Begonias N° 475
San Isidro

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 2613-2016 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2015-3148



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 05 MAYO 2016

Resolución S. B. S

N° 2613 - 2016

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fechas 15 de enero de 2015 y 04 de abril de 2016, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, en adelante Reglamento de Registro, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Protección Familiar (Seguro de Vida) - Dólares", registrado con Código SBS N° VI0508020128 y, consecuentemente, registrar la modificación por adecuación;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada por Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

Que, mediante la Ley de Seguros, se dispuso que esta Superintendencia apruebe las condiciones mínimas de las pólizas de seguro que se comercialicen en el mercado peruano en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, a fin de brindar mayor protección a los usuarios del sistema;

Que, el Reglamento de Transparencia describe la facultad de esta Superintendencia para la aprobación administrativa previa de las condiciones mínimas en las pólizas de seguro, así como para la determinación de cláusulas abusivas;

Que, según lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se detallan a continuación, según el tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

Que, la presente resolución se enmarca en la normativa legal aplicable a las empresas del sistema de seguros, incluyendo la Ley General, la Ley de Seguros y el Reglamento de Transparencia; así como aquellas disposiciones contenidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado por Ley N° 29571, que resulten de aplicación a las empresas supervisadas;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de esta Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, la modificación al modelo de póliza del producto denominado "Protección Familiar (Seguro de Vida) - Dólares" obedece a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, que señala que los modelos de pólizas previamente incorporadas en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas de esta Superintendencia deben ser modificados de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en el nuevo marco normativo;

Estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros 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; la Ley de Seguros, el Reglamento de Transparencia y el Reglamento de Registro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas correspondientes al modelo de póliza de seguro del producto denominado "Protección Familiar (Seguro de Vida) - Dólares" registrado con Código SBS N° VI0508020128 contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de vida individual de corto plazo.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación por adecuación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Protección Familiar (Seguro de Vida) - Dólares", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución.

Asimismo, en observancia de lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, en las pólizas que emita utilizando el mencionado modelo de póliza de seguro modificado, deberá consignar junto al código de registro lo siguiente: "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias".

Artículo Tercero.- La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Protección Familiar (Seguro de Vida) - Dólares", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de 60 (sesenta) días calendario indicado en el artículo anterior, conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia.

Artículo Cuarto.- La Compañía deberá informar a los Contratantes de los seguros vigentes sobre los aspectos modificados por adecuación al nuevo marco





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

normativo, a través de los mecanismos establecidos en el artículo 24° de dicho Reglamento de Transparencia. Para tal efecto, se le otorga un plazo de 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria y el artículo 18 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

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

(...)

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

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 / ASEGURADO TITULAR. Para ejercerla, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR deberá acudir en forma presencial a cualquiera de las oficinas de la ASEGURADORA descritas en el Resumen de la presente Póliza de Seguro a fin de presentar su solicitud, o en su defecto, presentar una comunicación escrita con firma legalizada notarialmente. La solicitud de resolución del contrato de seguro se realizará con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos esta. Sin perjuicio de lo anterior, la resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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.
- 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 / ASEGURADO TITULAR 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.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- c) Por agravación del riesgo del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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 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 / ASEGURADO TITULAR, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

La presente Póliza de Seguro no podrá ser modificada o dejada sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, siempre que éste no conociera dicho cambio, al momento de la contratación de la presente Póliza.

- d) Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurriéndose 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 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 actué, 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En la situación descrita en el literal d) anterior, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- e) Por reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable, solo en caso que la propuesta presentada por la ASEGURADORA sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, en cuyo caso, la ASEGURADORA deberá remitir una comunicación dirigida al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días descrito en el Artículo 9° de las presentes Condiciones Generales.

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

- El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, a su sola decisión y sin motivo alguno, conforme al literal a) precedente.
- La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al e) precedentes.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, 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 / ASEGURADO TITULAR, 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 a favor del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

La ASEGURADORA se libera de responsabilidad por los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de resolución del Contrato de Seguro. Por tanto, la ASEGURADORA no brindará cobertura alguna por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato de Seguro.

ARTICULO 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.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

El Contrato de Seguro será nulo:

- a) Si el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b) Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR– 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 / ASEGURADO TITULAR, el contrato seguirá vigente.

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

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.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADOS DEPENDIENTES y/o BENEFICIARIOS no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADOS DEPENDIENTES y/o BENEFICIARIOS 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) al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR realice una declaración inexacta o reticente, 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.

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

(...)

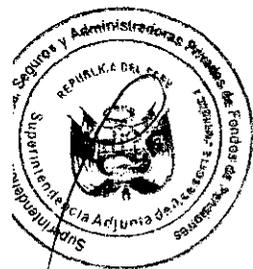
EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

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.

Los Laureles Nº 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

8/14





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica, de manera cierta, al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, 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 / ASEGURADO TITULAR ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al periodo 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 / ASEGURADO TITULAR recibe una comunicación escrita 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.

iii) EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO.-

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:

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado mediante comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este tipo de seguro mediante dichos mecanismos de comercialización, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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. En caso el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR deberá acudir en forma presencial a cualquiera de las oficinas de la ASEGURADORA descritas en el Resumen de la presente Póliza de Seguro a fin de presentar su solicitud, o en su defecto, presentar una comunicación escrita con firma





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

legalizada notarialmente. Sin perjuicio de lo anterior, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercida por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

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 TITULAR y/o ASEGURADO DEPENDIENTE 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.

(...)

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. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento, en tanto el marco regulatorio permita su comercialización por dicho canal, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, detallados en el numeral siguiente.

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.

SOLICITUD DE COBERTURA:

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

10/14





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 caso de fallecimiento:

- a) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, en caso se cuente con el mismo.
- b) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.
- c) Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción del Asegurado.
- d) Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa del Asegurado.
- e) Copia simple del Documento de identidad de los Beneficiarios. En caso que hayan Beneficiarios menores de edad que no cuenten con Documento de Identidad, deberán presentar Partida de Nacimiento.
- f) Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de Beneficiarios menores de edad).
- g) En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrita definitivamente dicho acto en Registros Públicos. En caso que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia Literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados (excepto el indicado en el literal d. precedente), se deberán presentar los siguientes:

- a) Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.
- b) Copia Certificada del Resultado de Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.
- c) Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.
- d) Copia Certificada del Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso se haya realizado.

Para solicitar la cobertura de Desamparo Familiar Súbito, se deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado y su cónyuge o conviviente, en caso se cuenten con dichos documentos.
- b) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado y su cónyuge o conviviente.
- c) Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción del Asegurado y su cónyuge o conviviente.
- d) Copia simple del Documento de identidad de los Beneficiarios. En caso que hayan Beneficiarios menores de edad que no cuenten con Documento de Identidad, deberán presentar Partida de Nacimiento.
- e) Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de Beneficiarios menores de edad).





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- f) En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrita definitivamente dicho acto en Registros Públicos. En caso que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia Literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos.
- g) Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.
- e) Copia Certificada del Resultado de Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.
- f) Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.
- g) Copia Certificada del Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso se haya realizado.
- h) Copia Certificada de la Partida de Matrimonio del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y su cónyuge.
- i) En caso de no ser casados, deberán presentar Declaración Judicial de Unión de Hecho o Certificación Notarial de Convivencia.

Para solicitar la cobertura de Gastos de Sepelio y Renta Mensual, los BENEFICIARIOS deberán presentar los documentos indicados para la cobertura de Fallecimiento.

En caso de Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, se deberán presentar los siguientes documentos:

- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.
- Original de informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (en caso que el accidente se haya producido en horas de trabajo).
- Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o Copia Fedateada y Foliada del informe Médico completo (con una antigüedad no mayor a 3 meses).
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa (con una antigüedad no mayor a 3 meses).
- Original del Dictamen de Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, COMAFP o COMEC.

En caso de solicitud de la cobertura de Anticipo por Enfermedades Graves que se encuentren en estado terminal, se deberá presentar Copia Fedateada y Foliada del Informe Médico que acredite el diagnóstico de la enfermedad cubierta, firmado por un especialista médico colegiado. Adicionalmente para las siguientes enfermedades el diagnóstico deberá contener:

Infarto de Miocardio, el diagnóstico se basará en los siguientes criterios:

- a) Historia del dolor torácico de presentación súbita y sugerente de infarto al miocardio.
- b) Cambios recientes y confirmatorios en el electrocardiograma.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- c) Elevación de ~~enzimas~~ ~~cardíacas~~, específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Derrame Cerebral

- a) Se debe presentar ~~original~~ o Copia Fedateada y Foliada del Informe Médico que demuestre la existencia de ~~deficiencia~~ ~~neuroológica~~ durante al menos tres (3) meses contados a partir del diagnóstico.

El diagnóstico debe ser ~~confirmado~~ por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos, y por resultados de ~~tomografía axial~~ ~~computada~~ de cerebro o por resonancia magnética de cerebro.

Cáncer: para esta enfermedad, el diagnóstico deberá contener necesariamente la histología claramente definida.

En caso de solicitud de la ~~cobertura~~ de Desgravamen de deuda con el Empleador, el Empleador deberá cumplir con presentar una ~~Certificación~~ de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del contrato de préstamo, y documentación que demuestre el desembolso del mismo y el estado de cuenta y saldo insoluto respectivo.

En caso de solicitud de la ~~cobertura~~ de Indemnización por Cirugías, se deberán presentar la constatación del tratamiento médico quirúrgico mediante la presentación de la copia fedateada y foliada de la Historia Clínica respectiva.

En caso de morte 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. 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 y/o cumplir con los ~~requisitos~~ ~~exigidos~~ en la Póliza para que se produzca 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 y/o BENEFICIARIOS, según corresponda, 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 y/o BENEFICIARIOS, 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 91º 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 y/o BENEFICIARIOS, según corresponda, 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 y/o BENEFICIARIOS, según corresponda 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.



Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras
Privadas de Fondos de Pensiones

TRANSCRIPCION

Fecha 05 MAYO 2016

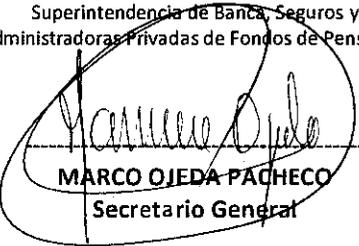
Señores Rimac Seguros y
Reaseguros

Cumplo con remitirle para su conocimiento y fines
pertinentes la presente fotocopia de la Resolución
Nº 2613-2016 de fecha 05 MAYO 2015

Esta copia es transcripción oficial
Atentamente



Superintendencia de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones


MARC OJEDA PACHECO
Secretario General