

Lima, 13 de abril de 2023

RESOLUCIÓN SBS **N° 01301-2023**

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Rimac Seguros y Reaseguros S.A. (la Compañía) con fecha 20 de diciembre de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946 (Ley de Seguros), el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (Reglamento de Conducta) y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias (Reglamento de Registro), esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Salud Global"¹;

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, Ley N° 26702 (Ley General) y en la 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 Conducta 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 párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas

¹ También denominado "Salud Internacional".





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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:

1. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por las empresas, durante la vigencia del contrato, así como del derecho de 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.
2. En el caso de seguros de salud, la cobertura de las enfermedades preexistentes conforme a la Ley de Seguro y demás normas aplicables.
3. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en normas especiales aplicables a determinados seguros y en el artículo 74 de la Ley de Seguros.
4. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, considerando para tal efecto lo señalado en normas especiales aplicables a determinados seguros y en el artículo 74 de la Ley de Seguros. Adicionalmente, en el caso de los seguros de vida con componente de ahorro y/o inversión, la documentación de sustento y de acreditación de los beneficiarios a presentar en caso de ocurrencia del siniestro, para solicitar el pago del componente de ahorro y/o inversión. Asimismo, en aquellos casos que el componente de ahorro y/o inversión sea separable, la indicación de que la solicitud puede presentarse de forma independiente a la documentación que corresponde a la evaluación del siniestro.
5. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, considerando lo dispuesto en el inciso c) del artículo 40 y el artículo 46 de la Ley de Seguros sobre pacto arbitral, en caso corresponda.
6. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y sus consecuencias sobre las primas pagadas.
7. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
8. El derecho de arrepentimiento en el caso de los seguros ofertados o promocionados por comercializadores y cuando la oferta o promoción se realice a través del uso de sistemas a distancia.
9. La reducción de la indemnización por aviso extemporáneo a la empresa de seguros de la ocurrencia del siniestro.
10. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículos 78 y 80 de la Ley de Seguros.
11. Procedimiento para la renovación y modificación de la póliza, de corresponder.
12. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
13. Otros que determine la Superintendencia.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, de conformidad con el párrafo 16.2 del artículo 16 Reglamento de Conducta, la aprobación de condiciones mínimas en los productos personales, obligatorios y masivos será considerada como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro;

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 Conducta; 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 que esta Superintendencia supervisa;

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 la 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 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, asimismo este pronunciamiento en modo alguno limita las facultades de fiscalización que corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD en el ámbito de sus competencias, en virtud de las disposiciones del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, aprobado mediante Decreto Supremo N° 020-2014-SA y demás normas que resulten aplicables, al encontrarnos ante un producto de asistencia médica, siendo la Compañía responsable del cumplimiento de la normativa aplicable a dicho sector;

Que, tratándose de un seguro de asistencia médica, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el inciso 12 del numeral 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, referida a la revocación del consentimiento del Asegurado cuando sea distinto al Contratante, aplicable a seguros de vida;

Adicionalmente, la Compañía ha señalado que en las pólizas que suscriban no aplicarán las condiciones mínimas de modificación de condiciones contractuales propuesta por la empresa durante la vigencia del contrato y de reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro, previstas en los incisos 1 y 9 del mencionado párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, respectivamente;

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,





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349 de la Ley General; la Ley de Seguros y el Reglamento de Conducta;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado “Salud Global”, presentadas por la Compañía. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro, otorgándole el Código de Registro N° AE0506400463.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 18 del Reglamento de Conducta, la Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto “Salud Global”, conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso la Compañía decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los 60 días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

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

1. ¿CUÁLES SON LAS COBERTURAS PRINCIPALES?

1.1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

La Central de Emergencias y Asistencias es una exclusiva central de Asistencia Telefónica, diseñada especialmente para atenderte las 24 (veinticuatro) horas del día, todos los días del año. Sólo tienes que llamar al teléfono que figura en el Resumen de la Póliza de Seguro y nuestro personal atenderá sus consultas.

(...)

1.2. VIDEOCONSULTA

(...)

Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro. El horario en el que está disponible es de lunes a sábado de 08:00 horas a 20:00 horas. Esta cobertura incluye la entrega de medicinas en caso te encuentres en Lima Metropolitana (a través de Delivery) y en caso te encuentres en Provincias, deberás recoger las medicinas en la cadena de farmacias indicadas en tu Póliza (sujeto a restricciones y según Zonas de Cobertura).

(...)

5. ¿CÓMO TRATAMOS LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES?

Esta póliza brindará continuidad de atenciones a las enfermedades preexistentes, siempre que esta se haya generado o que haya recibido cobertura durante la vigencia de un Plan de Salud y/o Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior; siempre y cuando:

- a. Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 120 días calendario contados desde el término de la Póliza de Seguro anterior que cubrió el período inmediatamente anterior.
- b. Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 60 días calendario contados desde el término del Plan de Salud de EPS anterior que cubrió el período inmediatamente anterior.
- c. Se hayan declarado las preexistencias a RIMAC mediante la correspondiente Declaración Personal de Salud.

Recuerda: Si la Póliza de Seguro y/o Plan de Salud bajo la cual se presentó la Enfermedad Preexistente tiene solo coberturas indemnizatorias, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes. Asimismo, esta Póliza de Seguro cubrirá las enfermedades preexistentes conforme lo antes citado, siempre que la presente póliza cuente con las coberturas que permitan el otorgamiento de las atenciones requeridas.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

8. ¿PODRÍAN VARIAR LAS CONDICIONES DE MI PÓLIZA DE SEGURO A LA RENOVACIÓN DE LA VIGENCIA?

Sí. Recuerda que la renovación de tu póliza es automática por lo que podríamos proponerte modificaciones a tu póliza de seguro a la renovación en caracteres destacados, las cuales debemos informártelas con 45 días de anticipación (como mínimo) a la fecha en que culmine la vigencia en curso. Recuerda que tienes 30 días previos al vencimiento de la vigencia en curso a fin de manifestar tu aceptación o rechazo a las mismas. Si manifiestas tu rechazo, la vigencia de tu póliza no se renovará y finalizará cuando culmine la vigencia en curso. Si no manifiestas tu rechazo, entenderemos que has aceptado las nuevas condiciones planteadas y se te remitirá tu nueva póliza de seguro para tu próxima anualidad destacando las modificaciones.

Asimismo, si esta Póliza de Seguro se ha renovado por 5 años consecutivos, esta Póliza de Seguro se renovará indefinidamente con las mismas coberturas. No obstante, y conforme lo indicado en el párrafo previo, podremos proponerte algunas modificaciones a tu Póliza de Seguro cuando corresponda la renovación de su vigencia.

11. ¿PUEDO ARREPENTIRME DE LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO?

Si es que esta póliza de seguro ha sido adquirida a través de Comercializadores (incluido Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia (por ejemplo: web, telemarketing, entre otros), podrás arrepentirte de la contratación de esta Póliza de Seguro, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que recibiste este documento o una nota de cobertura provisional.

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado 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 tu nombre y apellidos completos y tu número de DNI.

Esta póliza de seguro se considerará resuelta (anulada) desde la fecha en que recibimos tu comunicación y siempre que no hayas hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. Resuelta la póliza de seguro procederemos a devolverte la totalidad de la prima pagada al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de 30 días contados partir de la fecha en que te hayas arrepentido.

Tener en cuenta que el derecho de arrepentimiento no aplica en caso la presente Póliza de Seguro haya sido adquirida a través de Corredores de Seguros (Brokers) o Fuerza de Ventas de RIMAC, salvo que la adquisición se haya realizado a través de Sistemas de Comercialización a Distancia.

12. ¿QUÉ SUCEDE SI NO REALIZO EL PAGO DE MI PRIMA?

Si no realizas el pago de alguna de las cuotas de la prima, te informaremos dicho incumplimiento a tu correo electrónico (de manera cierta), y te indicaremos:

- La fecha en que venció el plazo para el pago.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- El plazo que dispones para pagar la prima a fin de no suspender tu cobertura, y la fecha en que se suspenderá tu cobertura en caso no realices el pago.

Si transcurren 30 días desde la fecha en que venció el plazo para el pago, y no has realizado el pago de la prima, se procederá a suspender la cobertura de tu Póliza.

Recuerda que no tendrás cobertura durante el periodo que dure la suspensión. Recuerda que una vez suspendida tu Póliza, si no regularizas los pagos, tu Póliza podría resolverse. Para esto, RIMAC te comunicará por escrito dicha decisión y la resolución se dará luego de 30 días contados desde esta comunicación.

La suspensión de cobertura no procederá en caso que se haya pagado una prima igual o mayor al período corrido de la Póliza de Seguro.

14. ¿QUÉ PASA SI LOS DATOS QUE DECLARÉ PARA CONTRATAR MI PÓLIZA, NO SON EXACTOS O REALES?

Si la declaración que hiciste fue inexacta con dolo o culpa inexcusable, tu seguro es nulo, y te devolveremos las cuotas pagadas. La nulidad te la comunicaremos por correo electrónico dentro de los 30 días siguientes desde la fecha en que conocimos dicha situación. RIMAC conservará las primas correspondientes al primer año de vigencia a título indemnizatorio

15. ¿QUÉ SUCEDE SI REALIZO FRAUDE PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA?

Es muy importante que sepas que, en caso de presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, se perderá el derecho a recibir las coberturas de tu Póliza.

En este caso, RIMAC responderá la solicitud de cobertura emitiendo la correspondiente Carta de Rechazo, y además, tendrá derecho a resolver la Póliza, para lo cual te remitiremos una comunicación escrita dentro del mismo plazo legal con el que contamos para pronunciarnos sobre el rechazo de tu siniestro y surtirá efectos transcurridos 15 días calendarios desde la fecha de la recepción de dicha comunicación. Una vez resuelta (anulada) la Póliza, RIMAC quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

RIMAC conservará las primas correspondientes al período cubierto, y te devolveremos la prima correspondiente al período no corrido de vigencia dentro de los 30 días siguientes a la fecha de resolución.

16. ¿PUEDO ANULAR ANTICIPADAMENTE ESTA PÓLIZA DE SEGURO? (RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA)

En cualquier momento de la vigencia, podrás anular (resolver) tu Póliza sin más requisito que una comunicación por escrito a RIMAC la misma que surtirá efectos de manera inmediata desde el día de dicha solicitud; sin perjuicio de ello, podrás ejercer la resolución unilateral empleando los mismos





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

mecanismos de forma, lugar y medios que utilizaste para la contratación del seguro. Le corresponde a RIMAC la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Una vez anulada (resuelta), RIMAC no será responsable de brindar las coberturas descritas en la presente Póliza. De producirse la anulación, RIMAC procederá a devolver la prima correspondiente al período no cubierto, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el Asegurado haya solicitado la resolución de la presente Póliza de Seguro, y en tanto corresponda.

20 ¿CUALES SON LOS MECANISMOS 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 o donde domicilian los Asegurados (Beneficiarios), según corresponda de acuerdo a Ley.

(...)

21. ¿CUÁL ES EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA?

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro conforme lo establecido en la normatividad vigente, o en el caso de fallecimiento del Asegurado, desde que el beneficiario conoce la existencia de dicho beneficio.

