



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 07 OCT. 2015

*Resolución S.B.S
N° 6147-2015*

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fechas 14 de Enero de 2014 y 17 de Setiembre de 2015, 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, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro de Accidentes Personales CNT – Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506100330 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 Seguro de Accidentes Personales CNT – Soles y 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 Contratos de Seguro, 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 “Seguro de Accidentes Personales CNT – Soles y Dólares”, registrado con Código SBS N° AE0506100330 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 Accidentes Personales.

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 “Seguro de Accidentes Personales CNT – Soles y 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 “Seguro de Accidentes Personales CNT – Soles y 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
ASESORIA JURIDICA





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 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.

(...)

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:

- 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 en caso que la ASEGURADORA opte por 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 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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- 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 dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, 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 ASEGURADO o CONTRATANTE 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 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.

- 7.4. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por el Asegurado y/o Beneficiario, o quien actué en su nombre y representación con los poderes legales suficientes, perderá el derecho a ser indemnizado, sin perjuicio de la obligación de la aseguradora de pagar la indemnización que corresponda a los asegurados y/o beneficiarios que si tengan derecho por haber presentado una solicitud de cobertura válida. En este supuesto, la indemnización correspondiente se repartirá en partes iguales entre los que tengan derecho a la misma.

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. 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 y/o de cobertura) 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La póliza de seguro quedará resuelta a los treinta (30) días de comunicada la decisión de resolución a la ASEGURADORA. 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, 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.

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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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:

- 8.1. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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. Así mismo, 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 ASEGURADO, 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:

PAGO DE PRIMA:

(...)

EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El incumplimiento de pago origina la suspensión 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 ASEGURADO, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará el plazo del que se dispone para pagar la Prima antes de que se produzca la suspensión de la cobertura.

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

Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo.

La COMPAÑÍA 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 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. En caso el Contratante ejerza su





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el Contratante 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 y/o BENEFICIARIOS, 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 26. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO:

26.1 AVISO DE SINIESTRO:

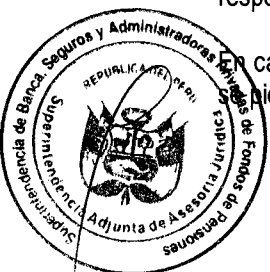
El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo ante culpa leve del beneficiario 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 pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

26.2 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 o certificado de seguros) o a través del comercializador los siguientes documentos:

COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL:

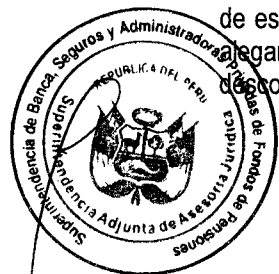
1. Copia Certificada del Acta de Defunción.
2. Certificación de Reproducción Notarial del Certificado de Defunción.
3. Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
4. Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
5. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado.
6. Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, de acuerdo a las circunstancias, según corresponda.
7. Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el Asegurado haya participado como conductor del vehículo).
8. Copia simple del Documento de identidad de los Beneficiarios o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso que los Beneficiarios sean menores de edad y no cuenten con DNI).
9. En caso de no contar con Beneficiarios, adjuntar el Testimonio y Copia Literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

1. Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado
2. Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
3. Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el Asegurado haya participado como conductor del vehículo).
4. Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO.
5. Copia Fedateada del Informe Médico de Invalidez e Historia Clínica completa.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, demora el proceso de evaluación del siniestro, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La COMPANÍA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten y dentro del plazo establecido en el segundo párrafo del numeral 26.3:

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

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.

26.3 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto a la procedencia o rechazo del siniestro, 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 solicite la prórroga de dicho plazo.

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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Una vez 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.

(...)

CONDICIÓN ESPECIAL APLICABLE A SEGUROS GRUPALES
ACCIDENTES PERSONALES CNT

(...)

ARTÍCULO 1. SOLICITUD DE MODIFICACION DEL CERTIFICADO DE SEGURO FORMULADA POR EL 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 DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

(...)

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

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones del Certificado de Seguro durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del ASEGURADO, 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 ASEGURADO no genera la resolución del Certificado de Seguro, y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Certificado de Seguro fue acordado.

Las modificaciones que se realicen en los Certificados como consecuencia de una modificación realizada al Contrato no requerirá de la aprobación del ASEGURADO.

(...)

ARTICULO 3. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DEL CERTIFICADO DE SEGURO):

La resolución deja sin efecto el Certificado de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones del Certificado de Seguro y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- 3.1 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, 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 Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO 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.
- 3.2 Por falta de pago de la prima: La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación por escrito de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

- 3.3 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 Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Certificado de Seguro, podrá proponer modificaciones al Certificado de Seguro, las cuales deberán ser comunicadas a los ASEGURADOS por intermedio del CONTRATANTE, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

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 Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita a los ASEGURADOS, por intermedio del CONTRATANTE, con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO o CONTRATANTE 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:

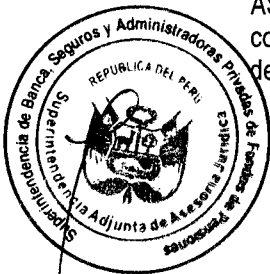
- i) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- ii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Certificado de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iii) El contratante o, en su caso, el asegurado incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- 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 ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

No resulta de aplicación, la causal descrita en el numeral 7.3. de las Condiciones Generales.

- 3.4 Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el Certificado 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 al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el periodo efectivamente cubierto, debiendo LA ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al periodo no corrido.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

No resulta de aplicación, la causal descrita en el numeral 7.4 de las Condiciones Generales.

- 3.5 Si el ASEGURADO realiza 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 ASEGURADO, por intermedio del CONTRATANTE, una propuesta de revisión (reajuste de primas) del certificado de seguros. La propuesta de revisión deberá ser presentada al ASEGURADO, por intermedio del CONTRATANTE, en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El ASEGURADO 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 el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, por intermedio del CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el ASEGURADO de respuesta a la revisión propuesta. La resolución del Certificado de Seguro 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.

No resulta de aplicación, la causal descrita en el numeral 7.5 de las Condiciones Generales.

- 3.6 En caso el ASEGURADO haya solicitado la modificación del Certificado de Seguro, en virtud de lo establecido en artículo 1.A de la presente Condición Especial, tendrá derecho a resolver el mismo en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. Se considera resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que la ASEGURADORA recibe una comunicación escrita del ASEGURADO informándole sobre esta decisión. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, El ASEGURADO tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución del Certificado de Seguro, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

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

- El ASEGURADO en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 3.1. y 3.6. precedentes.
- La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 3.2., 3.3., 3.4, y 3.5 precedentes.

En todos los casos que el ASEGURADO o la ASEGURADORA soliciten la resolución del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE de dichas resoluciones de certificados, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

Producida la resolución del Certificado 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 ASEGURADO, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por el ASEGURADO, éste deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el Certificado de Seguro, 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 ASEGURADO haya presentado la solicitud.

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

ARTICULO 4. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el Certificado 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 Certificado de Seguro y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

El Certificado de Seguro será nulo:

- 4.1 Si el ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 4.2 Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 4.3 Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Certificado de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el numeral 4.3. 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. Así mismo, 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 ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes de invocada la nulidad, excepto cuando el ASEGURADO actúe con reticencia o realice 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 vigencia del Certificado de Seguro, a título indemnizatorio.

En todos los casos la ASEGURADORA deberá comunicar la anulación de los certificados al CONTRATANTE, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTICULO 5. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO: PAGO DE PRIMA:

(...)

EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

a) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por el Certificado de Seguro, 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 al CONTRATANTE Y ASEGURADO de manera cierta: 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 ASEGURADO ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Certificado de Seguro.

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

b) RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO (FINALIZACIÓN ANTICIPADA).-

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el ASEGURADO, a través del CONTRATANTE, 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 el Certificado 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 Certificado 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 el Certificado de Seguro.

(...)

ARTICULO 7. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Cuando la oferta de la cobertura del Certificado de Seguro se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del Certificado de Seguro. Para esto, el ASEGURADO puede resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha en que el ASEGURADO haya recibido el Certificado de Seguro y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso que el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

luego de pagada la prima o parte de la misma, la COMPAÑÍA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran indicadas en el Certificado del Seguro y en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro.

En caso que la presente Póliza cuente con esta Condición Especial, no le resulta aplicable lo dispuesto en el Artículo 14 de las Condiciones Generales.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 27 NOV. 2018

**Resolución S.B.S
N° 4646 - 2018**

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 18 de julio de 2018, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Seguro de Accidentes Personales CNT - Soles y Dólares" también denominado "Protección Múltiple BBVA", registrado con Código SBS N° AE0506100330, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 6147-2015.

CONSIDERANDO:

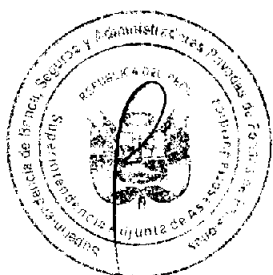
Que, mediante la solicitud recibida con fecha 18 de julio de 2018, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro de Accidentes Personales CNT - Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506100330;

Que, a través de la Resolución SBS N° 6147-2015, esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto de accidentes personales, 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 de Seguros y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas, 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 notificada la incorporación del nuevo contenido del modelo de póliza en el Registro, las empresas no podrán comercializar el anterior modelo de póliza;

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 de Registro de Pólizas, 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 condición mínima solicitada;





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Que, en virtud del Artículo Tercero de la Resolución SBS N° 4462-2016 se modificó el artículo 10 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento de Transparencia; en tal virtud, corresponde la aprobación de las nuevas condiciones mínimas previstas en los literales j), k) y l) del precitado artículo 10, de acuerdo al tipo de seguro y características del producto;

Que, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el literal l) del artículo 10 del Reglamento de Transparencia, referida al "Derecho de Revocación del Consentimiento por parte del Asegurado", al encontrarnos ante un seguro de accidentes personales;

Que, la presente resolución aprueba las condiciones mínimas referidas al "Procedimiento para la Renovación de la Póliza y modificación en dicha oportunidad", así como el "Plazo de Prescripción". Asimismo, aprueba la modificación del artículo 14° del Condicionamiento General del producto "Seguro de Accidentes Personales CNT - Soles y Dólares" y la modificación de los artículos 1°, 3°, 4° y 7° de la Condición Especial aplicable a Seguros Grupales, condiciones mínimas aprobadas, previamente, mediante Resolución SBS N° 6147-2015 del 07 de octubre de 2015.

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 Transparencia y el Reglamento de Registro de Pólizas;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las condiciones mínimas referidas al "Procedimiento para la Renovación de la Póliza y modificación en dicha oportunidad", así como el "Plazo de Prescripción". Asimismo, aprobar la modificación de los artículos 14° del Condicionamiento General del producto "Seguro de Accidentes Personales CNT - Soles y Dólares" y la modificación de los artículos 1°, 3°, 4° y 7° de la Condición Especial aplicable a Seguros Grupales, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 6147-2015 del 07 de octubre de 2015, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- 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 CNT - Soles y 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 treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Accidentes Personales CNT - Soles y



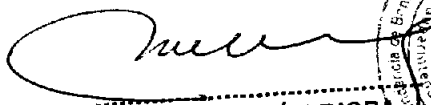


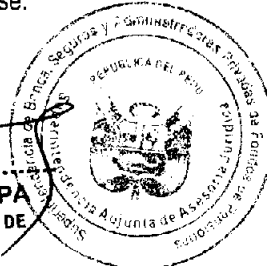
**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Dólares" modificado, conjuntamente con la Resolución SBS N° 6147-2015 del 07 de octubre de 2015 y la presente Resolución; 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 GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





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 periodo 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.

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.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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:

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 en caso que la ASEGURADORA opte por 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 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.

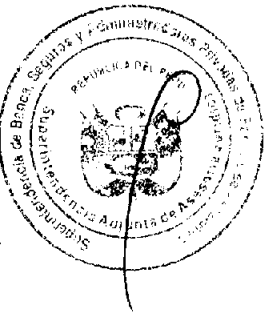
7.3. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, 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 ASEGURADO o CONTRATANTE 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 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 por el Asegurado y/o Beneficiario, o quien actué en su nombre y representación con los poderes legales suficientes, perderá el derecho a ser indemnizado, sin perjuicio de la obligación de la aseguradora de pagar la indemnización que corresponda a los asegurados y/o beneficiarios que si tengan derecho por haber presentado una solicitud de cobertura válida. En este supuesto, la indemnización correspondiente se repartirá en partes iguales entre los que tengan derecho a la misma.

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. 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 y/o de cobertura) 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 Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La póliza de seguro quedará resuelta a los treinta (30) días de comunicada la decisión de resolución a la ASEGURADORA. 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, éste deberá





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

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

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:

- 8.1.** Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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 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. Así mismo, 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 ASEGURADO, 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:

PAGO DE PRIMA:

(...)





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

El incumplimiento de pago origina la suspensión 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 ASEGURADO, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará el plazo del que se dispone para pagar la Prima antes de que se produzca la suspensión de la cobertura.

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

Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo.

La COMPAÑÍA no es responsable por los Sinistros 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 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 del contrato de seguro. Para esto, 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 haya recibido el contrato de seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios contenidos en la misma. En caso el CONTRATANTE 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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Para estos fines, el CONTRATANTE deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. La prima será devuelta al CONTRATANTE, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya resuelto el Contrato de 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 y/o BENEFICIARIOS, 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 20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro. En el caso de la cobertura de fallecimiento accidental, el plazo se cuenta desde la fecha en que el Beneficiario toma conocimiento del beneficio, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ARTICULO 26. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO:

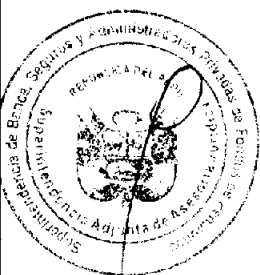
26.1. AVISO DE SINIESTRO:

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 o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo ante culpa leve del beneficiario 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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

26.2. 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 o certificado de seguros) o a través del comercializador los siguientes documentos:

COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL:

1. Copia Certificada del Acta de Defunción.
2. Certificación de Reproducción Notarial del Certificado de Defunción.
3. Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
4. Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
5. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado.
6. Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, de acuerdo a las circunstancias, según corresponda.
7. Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el Asegurado haya participado como conductor del vehículo).
8. Copia simple del Documento de identidad de los Beneficiarios o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso que los Beneficiarios sean menores de edad y no cuenten con DNI).
9. En caso de no contar con Beneficiarios, adjuntar el Testimonio y Copia Literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:

1. Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
2. Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
3. Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el Asegurado haya participado como conductor del vehículo).
4. Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO.
5. Copia Fedateada del Informe Médico de Invalidez e Historia Clínica completa.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, demora el proceso de evaluación del siniestro, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten y dentro del plazo establecido en el segundo párrafo del numeral 26.3:

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

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.

26.3. 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto a la procedencia o rechazo del siniestro, 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 solicite la prórroga de dicho plazo.

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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Una vez 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.

CONDICIÓN ESPECIAL APLICABLE A SEGUROS GRUPALES

ARTÍCULO 1. SOLICITUD DE MODIFICACION DEL CERTIFICADO DE SEGURO FORMULADA POR EL 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 DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

(...)

c) Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones del Certificado de Seguro durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del ASEGURADO, 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 ASEGURADO no genera la resolución del Certificado de Seguro, y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Certificado de Seguro fue acordado.

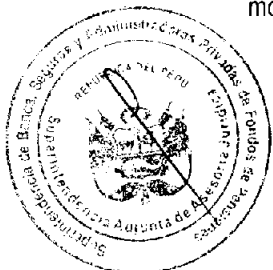
Las modificaciones que se realicen en los Certificados como consecuencia de una modificación realizada al Contrato no requerirá de la aprobación del ASEGURADO.

d) Renovación Automática del Certificado de Seguro:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el periodo 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 ASEGURADO, a través del CONTRATANTE, detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia del Certificado de Seguro. El ASEGURADO tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia del Certificado de Seguro para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la ASEGURADORA.

En caso la propuesta de modificación enviada por la ASEGURADORA sea rechazada, el Certificado de Seguro se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente. En el caso que el ASEGURADO, no desee la renovación del Certificado de Seguro, deberá comunicarlo a la ASEGURADORA en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de dicho Certificado de Seguro.

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima 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, el Certificado de Seguro solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente. Las modificaciones que se realicen en los Certificados como consecuencia de una modificación realizada al Contrato no requerirá de la aprobación del ASEGURADO.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

ARTICULO 3. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DEL CERTIFICADO DE SEGURO):

La resolución deja sin efecto el Certificado de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones del Certificado de Seguro y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

3.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, 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 Certificado de Seguros. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO 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.

3.2. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver el Certificado de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación por escrito de la ASEGURADORA, a través del CONTRATANTE, informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

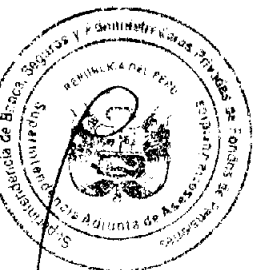
3.3. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Certificado de Seguro, podrá proponer modificaciones al Certificado de Seguro, las cuales deberán ser comunicadas a los ASEGURADOS por intermedio del CONTRATANTE, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

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 Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita a los ASEGURADOS, por intermedio del CONTRATANTE, con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO o CONTRATANTE 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) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- ii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Certificado de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iii) El contratante o, en su caso, el asegurado incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- 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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

No resulta de aplicación, la causal descrita en el numeral 7.3. de las Condiciones Generales.

3.4. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el Certificado 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 al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. 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.

No resulta de aplicación, la causal descrita en el numeral 7.4 de las Condiciones Generales.

3.5. Si el ASEGURADO realiza 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 ASEGURADO, por intermedio del CONTRATANTE, una propuesta de revisión (reajuste de primas) del certificado de seguros. La propuesta de revisión deberá ser presentada al ASEGURADO, por intermedio del CONTRATANTE, en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El ASEGURADO 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 el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, por intermedio del CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el ASEGURADO de respuesta a la revisión propuesta. La resolución del Certificado de Seguro 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.

No resulta de aplicación, la causal descrita en el numeral 7.5 de las Condiciones Generales.

3.6. En caso el ASEGURADO haya solicitado la modificación del Certificado de Seguro, en virtud de lo establecido en artículo 1.A de la presente Condición Especial, tendrá derecho a resolver el mismo en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. Se considera resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que la ASEGURADORA recibe una comunicación escrita del ASEGURADO informándole sobre esta decisión. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, El ASEGURADO tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución del Certificado de Seguro, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

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

- a) El ASEGURADO en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 3.1. y 3.6. precedentes.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 3.2., 3.3., 3.4. y 3.5 precedentes.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En todos los casos que el ASEGURADO o la ASEGURADORA soliciten la resolución del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE de dichas resoluciones de certificados, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

Producida la resolución del Certificado 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 ASEGURADO, 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 ASEGURADO, éste deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el Certificado de Seguro, 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 ASEGURADO haya presentado la solicitud.

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

ARTICULO 4. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el Certificado 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 Certificado de Seguro y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

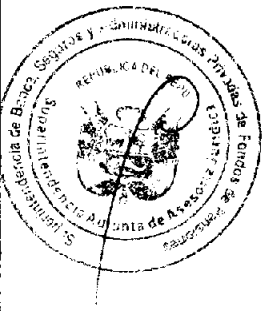
El Certificado de Seguro será nulo:

- 4.1. Si el ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 4.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 4.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Certificado de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el numeral 4.3. 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. Así mismo, 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 ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes de invocada la nulidad, excepto cuando el ASEGURADO actúe con reticencia o realice una declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de vigencia del Certificado de Seguro, a título indemnizatorio.

ARTICULO 5. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

PAGO DE PRIMA:

(...)

EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

a) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por el Certificado de Seguro, 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 al CONTRATANTE Y ASEGURADO de manera cierta: 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 ASEGURADO ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Certificado de Seguro.

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

b) RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO (FINALIZACIÓN ANTICIPADA).-

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el ASEGURADO, a través del CONTRATANTE, 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 el Certificado 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 Certificado 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 el Certificado de Seguro.

ARTICULO 7. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Cuando la oferta de la cobertura del Certificado de Seguro se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del Certificado de Seguro. Para esto, el ASEGURADO puede resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) Días siguientes a la





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

fecha en que el ASEGURADO haya recibido el Certificado de Seguro y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios contenidas en el mismo. En caso que el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la COMPAÑÍA procederá a la devolución total del importe pagado, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haberse efectuado la resolución.

Para estos fines, el ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran indicadas en el Certificado del Seguro y en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro.

