



**SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 22 de noviembre de 2023

**RESOLUCIÓN SBS**  
**N° 03898-2023**

*La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica*

**VISTA:**

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (la Compañía) con fecha 14 de marzo de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro de Asistencia Médica Salud Preferencial – Dólares y Soles”, registrado con Código SBS N° AE0506400049, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 7766-2014 de fecha 19 de noviembre del 2014.

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 14 de marzo de 2022, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro de Asistencia Médica Salud Preferencial – Dólares y Soles”, registrado con Código SBS N° AE0506400049;

Que, a través de la Resolución SBS N° 7766-2014 de fecha 19 de noviembre del 2014, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto de personal, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946 (Ley de Seguros);

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias (Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro), cualquier solicitud de modificación de la documentación incorporada al Registro, se sujetará a los mismos plazos y condiciones señalados en los Subcapítulos II y III de dicho Reglamento; esto es, a los procedimientos de aprobación administrativa previa o revisión posterior, según corresponda. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación, la Compañía no puede emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

Que, por su parte, el artículo 17 del referido Reglamento establece los documentos que las empresas deben presentar a esta Superintendencia a efectos de modificar los modelos de las pólizas;

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17 del Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, y





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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;

Que, considerando que nos encontramos ante un seguro de asistencia médica, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el inciso 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (Reglamento de Conducta), referida al derecho de revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, aplicable a los seguros de vida;

Que, si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 9 de Ley General las empresas de seguros determinan libremente las condiciones de las pólizas de seguro, tratándose de productos de asistencia médica corresponde a aquellas verificar el cumplimiento de las disposiciones específicas que sobre la materia emita el sector;

Que, tratándose de un producto de asistencia médica corresponde a la Compañía verificar el cumplimiento de las disposiciones del Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344, aprobado mediante Decreto Supremo N° 020-2014-SA y la Ley de Salud Mental, Ley N° 30947, así como el cumplimiento de las demás normas que resulten aplicables;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 4, 5, 7, 8, 13, 14 y 32 de las Condiciones Generales del producto “Seguro de Asistencia Médica Salud Preferencial – Dólares y Soles”, sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, contando con el visto bueno del Departamento de Asesoría Legal; 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, Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

### RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 4, 5, 7, 8, 13, 14 y 32 de las Condiciones Generales del producto “Seguro de Asistencia Médica Salud Preferencial – Dólares y Soles”, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 7766-2014 de fecha 19 de noviembre del 2014, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo Segundo.-** Registrar las modificaciones propuestas por la empresa en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento





## **SUPERINTENDENCIA**

**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

del Registro de Pólizas. En tal sentido, la Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Seguro de Asistencia Médica Salud Preferencial – Dólares y Soles", incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

**Artículo Tercero.-** Conforme a lo dispuesto en el artículo 18 del Reglamento de Conducta, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Asistencia Médica Salud Preferencial – Dólares y Soles" modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese.

**MILA GUILLEN RISPA**

**SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA**





**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP  
República del Perú

**ANEXO N° 1**  
**CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**CONDICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 4°.- COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:**

(...)

La Póliza de Seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, conforme al procedimiento descrito en el literal D del artículo quinto del presente documento.

En caso el CONTRATANTE haya venido renovando sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, tiene derecho a renovar la Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia, sin perjuicio que la ASEGURADORA modifique las primas, deducibles, copagos y proveedores de servicios en salud que le corresponden, sobre la base de cálculos actuariales, estadísticos y valoradas individualmente.

**ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:**

(...)

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

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

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

**D. Renovación Automática de la Póliza:**

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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

condiciones propuestas por la ASEGURADORA, quien emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones realizadas.

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

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

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

### **ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA)**

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, surtiendo efectos inmediatos una vez que la ASEGURADORA haya recibido dicha comunicación. Sin perjuicio de ello, 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 escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

7.3 Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada de forma escrita a la ASEGURADORA 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. El Contrato quedará resuelto en la fecha en que el ASEGURADO reciba una comunicación de parte de la ASEGURADORA informándole sobre su decisión de resolver el Contrato. 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.





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

- i. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren 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:

1. LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO TITULAR presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.
2. LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO DEPENDIENTE (en caso de haberlo) presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo, por lo que se dará término a los beneficios otorgados al ASEGURADO DEPENDIENTE que presentó la solicitud fraudulenta.

Para que opere la resolución indicada en los numerales 7.4.1 y 7.4.2, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Ello sin perjuicio de la respuesta a la solicitud de cobertura presentada, la cual será brindada por la ASEGURADORA dentro del plazo de ley. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

7.6 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A<sup>1</sup> del presente Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. El Contrato quedará resuelto a los treinta (30) días siguientes de presentada la solicitud de resolución por parte del CONTRANTE. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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.

Como consecuencia de la resolución del contrato, ya sea por parte del CONTRATANTE o por parte de la ASEGURADORA, corresponderá el reembolso de la prima a favor del CONTRATANTE, por el período no corrido.

En caso de 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 de que la resolución haya sido ejercida por el CONTRATANTE en atención a lo dispuesto en el numeral 7.1, la ASEGURADORA procederá con la devolución de las primas correspondientes al periodo no corrido, dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada la solicitud de resolución. En caso de que la resolución haya sido ejercida por el CONTRATANTE en atención a lo dispuesto en el numeral 7.6, la ASEGURADORA procederá con la devolución de las primas correspondientes al periodo no corrido, dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada una solicitud de reembolso por parte

---

**<sup>1</sup> ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:**

**A. Solicitud de Modificación de la Póliza:**

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

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

(...)





## **SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

del CONTRATANTE. En este último caso, la solicitud de resolución y la solicitud de reembolso podrán ser presentadas por el CONTRATANTE en un mismo acto.

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

### **ARTÍCULO 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 si:

8.1 El CONTRATANTE hubieran 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 a través de un medio fehaciente, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

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), dentro de los treinta (30) días siguientes en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO reciban una comunicación escrita de parte de la ASEGURADORA informando sobre la nulidad del Contrato, 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, y procediendo a devolver las primas pagadas en exceso en el mismo plazo descrito en el presente literal.

### **ARTÍCULO 10°.- PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:**

(...)





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

### 10.12 EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

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

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de manera cierta, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

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

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

- ii. **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA:** 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 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.

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

### ARTÍCULO 13°.- 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, 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 y/o beneficios contenidos en la misma.

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

La póliza de seguro quedará resuelta (anulada) desde la fecha de recepción de la solicitud de derecho de arrepentimiento y la ASEGURADORA procederá a devolver la totalidad de la prima pagada. La





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

devolución de lo pagado se realizará al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud del derecho de arrepentimiento.

### ARTÍCULO 14º.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Se considera preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

La ASEGURADORA puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o ASEGURADOS, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad. Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas. Para tal efecto, la ASEGURADORA remitirá comunicación escrita al Solicitante del Seguro o ASEGURADO, según corresponda, a fin que se practique y/u obtenga dichos informes médicos adicionales. Una vez practicados, deberá remitir los resultados a la ASEGURADORA para los fines antes indicados.

No obstante, toda enfermedad resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de la ASEGURADORA a efectos de su evaluación.

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no se considera como Enfermedad Preexistente, a aquella que se haya generado o que haya recibido cobertura durante la vigencia de un Plan de Salud EPS y/o Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior; siempre y cuando:

- i. Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 120 días calendario contados desde el término de la Póliza de Seguro anterior que cubrió el período inmediatamente anterior.
- ii. Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 60 días calendario contados desde el término del Plan de Salud EPS anterior que cubrió el período inmediatamente anterior<sup>2</sup>,
- iii. Se hayan declarado las preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa.

RECUERDA: Si la Póliza de Seguro y/o Plan de Salud EPS bajo la cual se presentó la Enfermedad Preexistente tiene solo coberturas indemnizatorias, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes.

---

<sup>2</sup> Se aprueba este extremo considerando que normativamente no se ha previsto el plazo aplicable para migrar de un plan EPS a un producto ofrecido por una compañía seguros y viceversa, por lo que se acoge el plazo propuesto por la empresa, sin perjuicio que, SUSALUD o el MINSA pueda emitir disposiciones sobre el particular, en cuyo caso estas deberán ser cumplidas por la empresa.





## **SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

### **ARTÍCULO 20°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:**

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral, siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

(...)

### **ARTÍCULO 21°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**

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

En el caso de las coberturas que cubran el riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción para el Beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

### **ARTÍCULO 32°.- AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:**

En caso de siniestro el ASEGURADO deberá solicitarlo mediante las formas de Crédito o Reembolso, bajo las siguientes consideraciones:

**32.1 ATENCIONES Y/O TRASLADOS RELACIONADOS A EMERGENCIAS MEDICAS (AL CRÉDITO):** EL ASEGURADO tendrá que:

a. De ocurrir la emergencia en el Perú, debe comunicarlo a nuestra Central de Emergencias Aló Rímac al teléfono (01) 411-1111 o presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia o de conocido el beneficio; salvo que ello no fuera posible por fuerza mayor o caso fortuito.

b. De ocurrir la emergencia en el extranjero, debe comunicarse con nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono indicado en el Plan de Beneficios dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrida la emergencia; salvo que ello no fuera posible por fuerza mayor o caso fortuito.

c. Presentar su documento de identidad en original.

d. En caso de Emergencia Médica No Accidental el ASEGURADO deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de dicha cobertura como atención hospitalaria y/o ambulatoria, en caso corresponda.

**32.2 ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERU POR CRÉDITO:** EL ASEGURADO tendrá que:





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- a. Presentarse en cualquier momento, hasta antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza en cualquiera de los proveedores de servicios en salud que otorguen la cobertura.
- b. Presentar su documento de identidad en original.
- c. En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de la cobertura, en caso corresponda.

La atención ambulatoria tendrá una vigencia de siete (7) días calendario desde iniciada la consulta médica así como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial. Una vez cumplido el plazo indicado, el ASEGURADO deberá coordinar una nueva atención ambulatoria, abonando para este fin el monto del Deducible y Copago respectivo, en caso corresponda.

- d. En caso de Atención Hospitalaria y/o Atención Ambulatoria programada el ASEGURADO deberá coordinar con el proveedor de servicios en salud la solicitud de una Carta de Garantía a la ASEGURADORA, presentando la orden de internamiento emitida por su médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto del centro médico correspondiente. La Carta de Garantía será gestionada por el proveedor de servicios en salud. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse y/o recibir la atención ambulatoria abonando, al momento de alta o término del servicio, los gastos no cubiertos, Deducibles y el Copago respectivo, en caso corresponda.

### 32.3 ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL EXTRANJERO POR CRÉDITO:

El ASEGURADO tendrá dos tipos de procedimiento en caso de siniestros.

En los casos de Atención en el Extranjero, el ASEGURADO deberá comunicarse con el operador internacional al teléfono que aparece en su Credencial, según se detalla a continuación:

#### 32.3.1 Atención Con Procedimiento de Pre-Certificación:

- i. De encontrarse el ASEGURADO en el Perú y requerir una atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero, el ASEGURADO deberá contactarse con la ASEGURADORA y solicitar una Pre-Certificación, con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anterioridad a la atención en salud, llamando al (01) 411-1000 a la Oficina de Atenciones Internacionales.
- ii. En caso el ASEGURADO se encuentre fuera del Perú y requiera una atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero, el ASEGURADO deberá, con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anterioridad a la atención en salud, enviar a la Oficina de Atenciones Internacionales de la ASEGURADORA vía correo electrónico a [atencionalciente@rimac.com.pe](mailto:atencionalciente@rimac.com.pe), la siguiente información:
  - 1. Copia Certificada del Informe Médico completo. En casos oncológicos debe indicar el estadiaje (TNM).
  - 2. Diagnóstico, fecha de diagnóstico, nombre de médico y proveedor de servicios en salud en el extranjero al cual se le refiere el caso.
  - 3. Fecha de la probable cita en el proveedor de servicios en salud en el extranjero.





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- iii. La ASEGURADORA a través su operador internacional realizará las coordinaciones para verificar, si el proveedor de servicios en salud en el extranjero trabaja con seguros internacionales.

No siempre los proveedores de servicios en salud en el extranjero elegidos trabajan con seguros internacionales por lo que aplicaría la cobertura de reembolso.

- iv. En caso que el proveedor de servicios en salud en el extranjero elegido acepte la garantía de pago de nuestro operador internacional a través de crédito, con intervención del operador internacional de ser el caso, procederá con la emisión del Formato de Beneficios (Benefit Summary Form) para los Estados Unidos de Norteamérica y/o formato correspondiente para el resto del mundo), a través del cual se reconocerá los gastos cubiertos por atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero bajo condiciones de crédito, según lo establecido en el Plan de Beneficios.
- v. En caso que el proveedor de servicios en salud en el extranjero elegido no acepte la garantía de pago de nuestro operador internacional se realizará la atención a través de reembolso.
- vi. En caso de atenderse en un proveedor de servicios en salud en el extranjero no afiliado a la red de proveedores de la ASEGURADORA y este acepte facturar la atención a la ASEGURADORA, los excesos de costos deberán ser asumidos por el ASEGURADO y se aplicarán las condiciones de crédito con condiciones de pre-certificación hasta el límite de los costos usuales, acostumbrados y razonables de la zona geográfica en la que se presta el servicio – UCR (disponible llamando al (01) 411-1111 - Oficina de Atenciones Internacionales).

### 32.3.2 Atención Sin Procedimiento de Pre-Certificación:

- i. En caso el ASEGURADO ya se haya atendido ambulatoria u hospitalariamente en el extranjero o tenga una atención en curso y comunique a la ASEGURADORA el deseo de Pre-Certificar, el ASEGURADO de igual forma tendrá que presentar sus informes sustentatorios para revisión de la ASEGURADORA. En caso de contar con el visto bueno de la ASEGURADORA, se podrá coordinar las atenciones como caso No Pre-Certificado, siempre y cuando el proveedor se encuentre en la red de proveedores de servicios en salud afiliados de la ASEGURADORA. Para dichos casos, la ASEGURADORA reconocerá en condiciones de no precertificación al crédito conforme lo establece el numeral 32.4. siguiente. Los excesos de costos y gastos razonables deberán ser asumidos por el ASEGURADO.
- ii. De no seguir los trámites de Pre-Certificación, salvo en los casos de Emergencia Médica, se aplicarán las condiciones de reembolso conforme lo establece el numeral 32.4. siguiente. Los excesos de costos UCR deberán ser asumidos por el ASEGURADO.

En los casos de Emergencia Médica, si el proveedor de servicios de salud en el extranjero elegido no estuviese afiliado a la red de proveedores de servicios de salud de la ASEGURADORA, el ASEGURADO podrá recurrir a dicho proveedor de servicios en salud en el extranjero, dando aviso a la ASEGURADORA, o, en su caso, a su operador internacional, dentro de las veinticuatro (24) horas de iniciado el tratamiento si éste es ambulatorio o dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la admisión, si éste es hospitalario, aunque el ASEGURADO haya sido dado luego de alta. Si el proveedor de salud acepta trabajar vía crédito, se otorgará la cobertura con condición de pre-certificación.





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En los casos de Emergencia Médica, si el proveedor de servicios en salud en el extranjero no estuviese afiliado a la red de proveedores de servicios en salud o no aceptara trabajar al crédito, el ASEGURADO después de pagar directamente sus servicios y honorarios, deberá presentar a la ASEGURADORA, la Solicitud de Reembolso, conforme se detalla en el numeral 32.4. siguiente.

### 32.4 ATENCIONES DE EMERGENCIA MÉDICA, AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO:

El ASEGURADO tendrá que:

- a. Una vez terminada la atención en salud, el ASEGURADO deberá dar aviso del siniestro y presentar la Solicitud de Reembolso a la ASEGURADORA en un solo trámite, en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud o desde que se conoce el beneficio.

El aviso del siniestro y la solicitud de reembolso deberán ser comunicados según corresponda en cualquiera de las Plataformas de Atención al Cliente descritas en el Resumen de la presente póliza.

La Solicitud de Reembolso será presentada debidamente llenada, conforme a los formatos que la ASEGURADORA le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe).

- b. El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido. En caso de atención hospitalaria, se debe presentar adicionalmente la historia clínica completa en original, copia simple o fedateada, según sea factible. No obstante en caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones y/o precisiones respecto a la documentación y/o información presentada, podrá solicitar información complementaria en caso la documentación presentada no sea suficiente para determinar la cobertura del siniestro, lo cual podrá ser requerido dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) con que se cuenta para brindar respuesta a la solicitud de cobertura presentada.

Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS con RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.

Para el caso de los documentos emitidos en el extranjero, aquellos deberán contemplar las características que indica la normativa peruana respecto de comprobantes de pago emitidos en el extranjero.

- c. Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base a los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar (se tomará como referencia el Tarifario Rímac, disponible en nuestra página web: [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe)).
- d. Los gastos incurridos por atenciones médicas en el extranjero serán cubiertos y reconocidos en base a los costos UCR de la zona geográfica en la que se presta el servicio, (disponible llamando al (01) 411-1111 - Oficina de Atenciones Internacionales).

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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- e. Si se excede el plazo de treinta (30) días calendarios, especificados en el punto a), no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa. Sin embargo, en caso de demora por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

- f. La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho período comprende:
- i. Sólo en los primeros veinte (20) días se puede solicitar precisiones y/o aclaraciones respecto de la documentación e información presentada.
  - ii. Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente lo solicitado en el punto i previo.
- g. En caso que la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el ASEGURADO no apruebe, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, la ASEGURADORA podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, dentro de los referidos treinta (30) días.
- h. Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.
- i. Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.
- j. En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente del ASEGURADO, quienes deberán presentar la Copia simple de la inscripción definitiva de la sucesión intestada o testamentaria en los Registros Públicos y la copia simple de sus documentos de identidad.

