



**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 19 NOV. 2014

*Resolución S.B.S*

*N° 7766 - 2014*

*El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica*

**VISTOS:**

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 15 de enero y 27 de octubre de 2014, 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 Asistencia Médica Salud Preferencial", registrado con Código SBS N° AE0506400049 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;





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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 relacionadas a los siguientes aspectos:

- 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, que deberá incluirse en forma destacada en el caso de los seguros ofertados por los comercializadores.
- 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;





**SUPERINTENDENCIA**  
**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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 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 Asistencia Médica Salud Preferencial" 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;

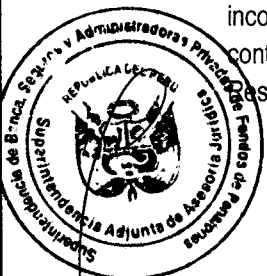
Estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

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 Asistencia Médica Salud Preferencial", registrado con Código SBS N° AE0506400049 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 asistencia médica.

**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 Asistencia Médica Salud Preferencial", 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.





**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

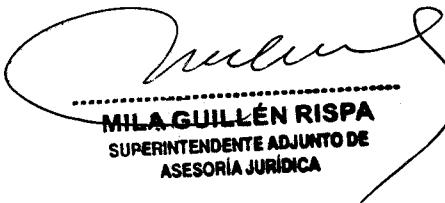
República del Perú

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 Asistencia Médica Salud Preferencial", 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 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 GULLÉN RISPA  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE  
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**ANEXO N° 1**

**CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

ARTÍCULO 5°.-SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; 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.

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, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 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. 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



## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

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:

7.4.1. 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.

7.4.2. 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. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el periodo 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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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. 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 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 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.

### 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.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El Contrato de Seguro será nulo si:

- 8.1. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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), excepto cuando el CONTRATANTE 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.

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

(...)

#### 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 Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.







**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- (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.

ARTÍCULO 13°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales 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 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 uso para la contratación del seguro.

ARTÍCULO 14°.- 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 por facultativos designados por ella, 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, bajo su cuenta y costo. Una vez practicados, deberá remitir los resultados a la ASEGURADORA para los fines antes indicados.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Sin perjuicio del anterior detalle, 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 considerará como Enfermedad Preexistente, aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una Póliza de Seguro de Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una Compañía de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

- (i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el período inmediatamente anterior;
- (ii) Que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa; y,
- (iii) Que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya aceptado la prima en atención a las enfermedades preexistentes que serán cubiertas.

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria, independientemente si el ASEGURADO utilizó o no la Suma Asegurada de la cobertura indemnizatoria de la Póliza de origen. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

Se deja constancia que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias.

### 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.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia, consulta o reclamo, según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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): EI ASEGURADO tendrá que:

- a) De ocurrir la emergencia en el Perú, debe comunicarlo a nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 o presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.
- 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.
- c) Presentar su documento de identidad.
- 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: EI ASEGURADO tendrá que:

- 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.
- 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





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 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 [atencialaciente@rimac.com.pe](mailto:atencialaciente@rimac.com.pe), la siguiente información:

1. 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.

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 como atención a través de reembolso.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- 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 del costos usuales, acostumbrados y razonables de la zona geográfica en la que se presta el servicio – UCR (disponible llamando al 411-3000 - 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 24 (veinticuatro) horas de iniciado el tratamiento si éste es ambulatorio o dentro de las 48 (cuarenta y ocho) 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.

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.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El aviso del siniestro y la solicitud de reembolso deberán ser comunicados según corresponda en cualquiera de las Plataformas de Atención 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 la ASEGURADORA podrá solicitar información complementaria en caso la documentación presentada no sea suficiente para determinar la cobertura del siniestro.

Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, 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 Rimac Seguros, 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 411-3000 - Oficina de Atenciones Internacionales).
- 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, 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.

En caso de demora no dolosa se puede reducir el monto del reembolso por el perjuicio ocasionado en poder verificar o determinar las causas o circunstancias que lo generó, lo cual deberá ser acreditado fehacientemente por la ASEGURADORA.

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





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.
  - ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.
- 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 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 constituidos del ASEGURADO.

