



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 12 de Noviembre de 2024

RESOLUCIÓN SBS **N° 03882-2024**

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 20 de setiembre de 2024, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Salud Flexible”, registrado con Código SBS N° AE0506400421, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 112-2022 de fecha 13 de enero de 2022.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con 20 de setiembre de 2024, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Salud Flexible”, registrado con Código SBS N° AE0506400421;

Que, a través de la Resolución SBS N° 112-2022 de fecha 13 de enero de 2022, 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 personal y masivo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, 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 y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el 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, si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 9 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, en adelante la Ley General, las empresas de seguros determinan libremente las condiciones de las pólizas de seguro, para el supuesto particular 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 de la Ley de Salud Mental, Ley N° 30947, así como el cumplimiento de





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

las demás normas que resulten aplicables, siendo que, respecto al presente producto, la Compañía ha señalado que corresponde a un modelo de póliza de naturaleza específica;

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 considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de las condiciones mínimas solicitadas;

Que, considerando que se trata de un producto de asistencia médica, no corresponde la aprobación de la condición mínima referida a la revocación del consentimiento cuando el contratante sea persona distinta al asegurado, aplicable a los seguros de vida, 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, en adelante, el Reglamento de Conducta de Mercado;

Que, la empresa ha señalado que no resultarán aplicables las condiciones mínimas de modificación de condiciones contractuales propuestas por la empresa durante la vigencia del contrato y de reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro, previstas en los incisos 1 y 9 del mencionado párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta de Mercado, respectivamente;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas incluidas en los artículos 15 y 22 del Condicionado General del producto "Salud Flexible", 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 el artículo 349° de la Ley General y sus modificatorias; y lo dispuesto en la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta de Mercado y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas incluidas en los artículos 15 y 22 del Condicionado General del producto "Salud Flexible", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 112-2022 de fecha 13 de enero de 2022, 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 del Registro de Pólizas de Seguro. 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 "Salud Flexible", 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.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta de Mercado, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto “Salud Flexible” 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.

ANA MARIA MUÑOZ MARTINEZ
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

1. ¿CUÁLES SON COBERTURAS?

1.1. CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO (Sujeto a Disponibilidad):

Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro, a fin de coordinar la hora de visita del médico.

(...)

1.2. VIDEOCONSULTA (Disponible de lunes a sábado de 08:00 horas a 20:00 horas).

(...) Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro.

(...)

1.4. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

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

(...)

2.- QUÉ DEBO HACER PARA ACCEDER A MIS COBERTURAS?

El modo de acceder a las coberturas descritas en los numerales 1.1., 1.2 y 1.4. se encuentran descritas en el numeral anterior.

Procedimiento de Atención para la Cobertura de Indemnización por Días de Hospitalización.

Para obtener la cobertura descrita en el numeral 1.3 precedente (Indemnización por días de hospitalización), se deberán presentar los siguientes documentos al término de la hospitalización:

Si la hospitalización es de 0-7 días:

- Certificación de Reproducción Notarial (Antes copia legalizada) del Informe de hospitalización o constancia, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del Asegurado, fecha de "alta" del Asegurado y el diagnóstico.
- Copia simple del Documento Nacional de Identidad del Asegurado.

Si la hospitalización es mayor a 7 días:

Adicionalmente a los documentos antes indicados, deberás presentar:

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





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

- a. Copia Fedateada y Foliada de la historia clínica, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del asegurado, fecha del “alta” del asegurado y el diagnóstico.

En caso que el Asegurado fallezca antes de poder recibir la indemnización, los herederos legales del Asegurado deberán presentar adicionalmente

- a) Copia literal de la partida registral donde se encuentra inscrita en forma definitiva, la sucesión intestada o testamento en los Registros Públicos.
b) Copia Certificada de la Partida de Defunción, la misma que deberá ser solicitada a RENIEC.
c) Copia simple del Documento Nacional de Identidad de los beneficiarios solicitantes. Si fuera extranjero el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
d) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Protocolo de necropsia, en caso corresponda, el mismo que deberá haberse tramitado bajo los procedimientos establecidos por el Instituto de Medicina Legal.
d) Copia Certificada del Atestado policial completo, en caso corresponda.

Procedimiento de Atención para las coberturas indemnizatorias por Enfermedades Graves.

El presente procedimiento de atención en caso de siniestros aplica en caso tu Plan cuente con coberturas adicionales de Indemnización por Enfermedades Graves:

Paso 1: Aviso de siniestro

Deberás dar aviso a RIMAC sobre el evento presentado dentro de los:

- a) ciento veinte (120) días calendario después de la fecha de ocurrencia del siniestro; o
b) siete (7) días calendario desde que tu beneficiario conoce el beneficio.

Paso 2: Solicitud de cobertura

Para solicitar la cobertura, se deberá entregar a RIMAC, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias, los documentos indicados en cada cláusula adicional que describa la cobertura de indemnización por enfermedad grave según corresponda.

Adicionalmente, y siendo esta condición aplicable a todas las cláusulas adicionales de indemnización por enfermedades graves, en caso que se produzca el fallecimiento del asegurado en fecha posterior al periodo de carencia y antes de la evaluación del siniestro por parte de RIMAC, los Beneficiarios designados por el Asegurado o, a falta de designación de estos, sus herederos legales, deberán presentar -adicionalmente a los documentos establecidos en cada cobertura adicional- los siguientes documentos:

- a) Copia Certificada del Acta de Defunción de Asegurado, el cual deberá solicitar en RENIEC.
b) Copia simple del Documento de Identidad del beneficiario.
c) En caso que el asegurado no haya designado Beneficiarios, serán los herederos legales, quienes presentarán además de los requisitos anteriores, la inscripción registral definitiva de la Declaratoria de Herederos, ya sea por Sucesión Intestada o por Testamento.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses.

Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo a los requisitos anteriores, deben ser legalmente reconocidos.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación para que se produzca la liquidación del Siniestro, RIMAC deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso RIMAC 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 el pronunciamiento respecto a la procedencia del pago hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que RIMAC solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico. El asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite RIMAC, incluyendo las de HIV/SIDA y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al HIV/SIDA. Los exámenes médicos descritos en el presente párrafo deberán solicitarse según lo establecido en el párrafo precedente.

RIMAC declara que la información obtenida referida al diagnóstico de HIV/SIDA será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita cobertura.

Una vez obtenida la documentación e información que solicitara RIMAC, según lo establecido en el párrafo precedente, y en caso que ésta no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días con que cuenta para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro se entenderá que éste ha quedado consentido, salvo que se solicite la prórroga de dicho plazo.

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, y siempre durante el período de prórroga, la diferencia será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte en un periodo no mayor de tres (03) días (los honorarios de los peritos serán asumidos por RIMAC). Los médicos designados por las partes tendrán un plazo de siete (07) días para presentar su informe. En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los tres (03) días siguientes, un tercer perito médico, el que deberá dar su diagnóstico dentro del plazo de siete (07) días posteriores a su designación. El resultado del informe será comunicado de manera simultánea a RIMAC, al contratante, asegurado, beneficiario o heredero, según corresponda.

Si el tercer perito médico concluye que el diagnóstico no forma parte de la cobertura contratada, el siniestro será rechazado (los honorarios del perito serán asumidos por RIMAC). Si el asegurado, beneficiario o heredero, según corresponda, no está de acuerdo con el rechazo podrá aplicar cualquiera de los mecanismos de solución de controversias establecidos en la póliza.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del plazo de 03 días de requerida por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo dentro del plazo de 03 días de emitido los informes médicos divergentes, la parte más diligente – previa intimación a la otra – procederá a su designación.

Los documentos pueden ser enviados vía electrónica a la casilla de solicitudsiniestrospersonas@RIMAC.com.pe, siempre que cumplan con los requisitos y los documentos sean legibles.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Paso 3: Pago de la indemnización

En caso de consentimiento del siniestro, RIMAC cuenta con el plazo de treinta (30) días desde la fecha en que el siniestro se declara consentido (aceptado) para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.- ¿CUÁNTO TIEMPO TENGO PARA REACTIVAR MI COBERTURA? ¿QUÉ SUCEDE SI NO REACTIVO MI COBERTURA A TIEMPO?

Desde la fecha de inicio de la suspensión de la cobertura de tu Seguro, solo tienes 60 días calendario para realizar el pago total de las cuotas vencidas. Si no realizas el pago en dicho plazo, esta póliza se extinguirá (anulará). No obstante lo antes indicado, y antes que se extinga tu Seguro conforme lo indicado en el párrafo precedente, RIMAC podrá resolver esta Póliza luego de producida la suspensión de la cobertura, para lo cual te enviaremos una comunicación escrita informándote sobre dicha decisión.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

La resolución se producirá una vez que haya transcurrido 30 días desde que recibiste dicha comunicación.

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

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

En este caso, RIMAC responderá la solicitud de cobertura emitiendo la correspondiente Carta de Rechazo, y además, tendrá derecho a resolver la Póliza, para lo cual te remitiremos una comunicación escrita con una anticipación no menor a 15 días a la fecha en que se efectúe la resolución. Una vez resuelta (anulada) la Póliza, RIMAC quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

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

12.- ¿CÓMO TRATAMOS LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES?

En caso de Enfermedades Preexistentes, podremos solicitar información adicional con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad.

Asimismo, para el caso de Enfermedades No Resueltas podremos solicitarle que se practiquen y/u obtengan informes médicos adicionales, bajo su cuenta y costo.

Sin perjuicio de lo antes indicado, toda Enfermedad Resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de RIMAC a efectos de su evaluación.

a. Continuidad de Enfermedades Preexistentes

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 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 de EPS anterior que cubrió el período inmediatamente anterior¹.
- iii. Se hayan declarado las preexistencias a RIMAC en forma previa.

¹ 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

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

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

En cualquier momento de la vigencia, podrás anular (resolver) tu Póliza sin más requisito que una comunicación por escrito a RIMAC. La resolución se hace efectiva de manera inmediata una vez que RIMAC haya recibido dicha comunicación. No obstante lo antes indicado, para solicitar la resolución de este seguro podrás usar los mismos mecanismos que se usaron para la comercialización de este seguro.

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

20.- ¿CUALES SON LOS MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS?

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia o donde domicilia el Contratante o el Asegurado (Beneficiario), según corresponda de acuerdo a Ley.

(...)

21.- ¿CUÁL ES EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA?

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

22.- PODRIAN VARIAR LAS CONDICIONES DE MI PÓLIZA DE SEGURO A LA RENOVACIÓN DE LA VIGENCIA?

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

Asimismo, si esta Póliza de Seguro se ha renovado por 5 años consecutivos, esta Póliza de Seguro se renovará indefinidamente con las mismas coberturas (salvo que cuente alguna de ellas con una edad máxima de permanencia). No obstante, y conforme lo indicado en el párrafo previo, podremos





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

proponerte algunas modificaciones a tu Póliza de Seguro cuando corresponda la renovación de su vigencia.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 13 de enero de 2022

RESOLUCIÓN SBS **N° 00112-2022**

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 24 de agosto de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Salud Flexible", registrado con Código SBS N° AE0506400421, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 1582 - 2021 de fecha 27 de mayo de 2021.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 24 de agosto de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Salud Flexible", registrado con Código SBS N° AE0506400421;

Que, a través de la Resolución SBS N° 1582 - 2021 de fecha 27 de mayo de 2021, 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 personal y masivo, 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 y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el 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 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 una póliza de asistencia médica, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el inciso





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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, en adelante el Reglamento de Conducta, referida a la revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, aplicable a los seguros de vida. Adicionalmente, la Compañía ha señalado que no resultarán aplicables las condiciones mínimas de modificación de condiciones contractuales propuesta por la empresa durante la vigencia del contrato y de reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro, previstas en los incisos 1 y 9 del mencionado párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, respectivamente;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los numerales 2 y 11 de las Condiciones Generales del producto "Salud Flexible", sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

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, Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento de Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los numerales 2 y 11 de las Condiciones Generales del producto "Salud Flexible", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 1582 - 2021 de fecha 27 de mayo de 2021, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las condiciones mínimas y las modificaciones propuestas por la empresa en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento 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 "Salud Flexible", 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 "Salud Flexible" 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

1. ¿CUÁLES SON COBERTURAS?

1.1. CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO (Sujeto a Disponibilidad):

Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro, a fin de coordinar la hora de visita del médico.

(...)

1.2. VIDEOCONSULTA (Disponible de lunes a sábado de 08:00 horas a 20:00 horas).

(...)

Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro.

(...)

1.4. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

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

(...)

2.- QUÉ DEBO HACER PARA ACCEDER A MIS COBERTURAS?

El modo de acceder a las coberturas descritas en los numerales 1.1., 1.2 y 1.4. se encuentran descritas en el numeral anterior.

Procedimiento de Atención para la Cobertura de Indemnización por Días de Hospitalización.

Para obtener la cobertura descrita en el numeral 1.3 precedente (Indemnización por días de hospitalización), se deberán presentar los siguientes documentos al término de la hospitalización:

Si la hospitalización es de 0-7 días:

- a. Certificación de Reproducción Notarial (Antes copia legalizada) del Informe de hospitalización o constancia, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del Asegurado, fecha de "alta" del Asegurado y el diagnóstico.
- b. Copia simple del Documento Nacional de Identidad del Asegurado.

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





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Si la hospitalización es mayor a 7 días:

Adicionalmente a los documentos antes indicados, deberás presentar:

- a. Copia Fedateada y Foliada de la historia clínica, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del asegurado, fecha del “alta” del asegurado y el diagnóstico

En caso que el Asegurado fallezca antes de poder recibir la indemnización, los herederos legales del Asegurado deberán presentar adicionalmente

- a) Copia literal de la partida registral donde se encuentra inscrita en forma definitiva, la sucesión intestada o testamento en los Registros Públicos.
- b) Copia Certificada de la Partida de Defunción, la misma que deberá ser solicitada a RENIEC.
- c) Copia simple del Documento Nacional de Identidad de los beneficiarios solicitantes. Si fuera extranjero el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
- d) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Protocolo de necropsia, en caso corresponda, el mismo que deberá haberse tramitado bajo los procedimientos establecidos por el Instituto de Medicina Legal.
- e) Copia Certificada del Atestado policial completo, en caso corresponda

Procedimiento de Atención para las coberturas indemnizatorias por Enfermedades Graves.

El presente procedimiento de atención en caso de siniestros aplica en caso tu Plan cuente con coberturas adicionales de Indemnización por Enfermedades Graves:

Paso 1: Aviso de siniestro

Deberás dar aviso a RIMAC sobre el evento presentado dentro de los:

- a) ciento veinte (120) días calendario después de la fecha de ocurrencia del siniestro; o
- b) siete (7) días calendario desde que tu beneficiario conoce el beneficio.

Paso 2: Solicitud de cobertura

Para solicitar la cobertura, se deberá entregar a RIMAC, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias, los documentos indicados en cada cláusula adicional que describa la cobertura de indemnización por enfermedad grave según corresponda.

Adicionalmente, y siendo esta condición aplicable a todas las cláusulas adicionales de indemnización por enfermedades graves, en caso que se produzca el fallecimiento del asegurado en fecha posterior al periodo de carencia y antes de la evaluación del siniestro por parte de RIMAC, los Beneficiarios designados por el Asegurado o, a falta de designación de estos, sus herederos legales, deberán presentar -adicionalmente a los documentos establecidos en cada cobertura adicional- los siguientes documentos:

- a) Copia Certificada del Acta de Defunción de Asegurado, el cual deberá solicitar en RENIEC.
- b) Copia simple del Documento de Identidad del beneficiario.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

- c) En caso que el asegurado no haya designado Beneficiarios, serán los herederos legales, quienes presentarán además de los requisitos anteriores, la inscripción registral definitiva de la Declaratoria de Herederos, ya sea por Sucesión Intestada o por Testamento.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses.

Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo a los requisitos anteriores, deben ser legalmente reconocidos.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación para que se produzca la liquidación del Siniestro, RIMAC deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso RIMAC 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 el pronunciamiento respecto a la procedencia del pago hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que RIMAC solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico. El asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite RIMAC, incluyendo las de HIV/SIDA y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al HIV/SIDA. Los exámenes médicos descritos en el presente párrafo deberán solicitarse según lo establecido en el párrafo precedente.

RIMAC declara que la información obtenida referida al diagnóstico de HIV/SIDA será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita cobertura.

Una vez obtenida la documentación e información que solicitara RIMAC, según lo establecido en el párrafo precedente, y en caso que ésta no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días con que cuenta para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro se entenderá que éste ha quedado consentido, salvo que se solicite la prórroga de dicho plazo.

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, y siempre durante el período de prórroga, la diferencia será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte en un periodo no mayor de tres (03) días (los honorarios de los peritos serán asumidos por RIMAC). Los médicos designados por las partes tendrán un plazo de siete (07) días para presentar su informe. En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los tres (03) días siguientes, un tercer perito médico, el que deberá dar su diagnóstico dentro del plazo de siete (07) días posteriores a su designación. El resultado del informe será comunicado de manera simultánea a RIMAC, al contratante, asegurado, beneficiario o heredero, según corresponda.

Si el tercer perito médico concluye que el diagnóstico no forma parte de la cobertura contratada, el siniestro será rechazado (los honorarios del perito serán asumidos por RIMAC). Si el asegurado, beneficiario o heredero, según corresponda, no está de acuerdo con el rechazo podrá aplicar cualquiera de los mecanismos de solución de controversias establecidos en la póliza.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del plazo de 03 días de requerida por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo dentro del plazo de 03 días de emitido los informes médicos divergentes, la parte más diligente – previa intimación a la otra – procederá a su designación.

Los documentos pueden ser enviados vía electrónica a la casilla de solicitudsiniestros personas@RIMAC.com.pe, siempre que cumplan con los requisitos y los documentos sean legibles.

Paso 3: Pago de la indemnización

En caso de consentimiento del siniestro, RIMAC cuenta con el plazo de treinta (30) días desde la fecha en que el siniestro se declara consentido (aceptado) para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

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

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

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado a través de un correo electrónico dirigido a atencionalcliente@rimac.com.pe (con el asunto “Derecho de arrepentimiento”) o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando tu nombre y apellidos completos y tu número de DNI.

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

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

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

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

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





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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

9.- ¿CUÁNTO TIEMPO TENGO PARA REACTIVAR MI COBERTURA? ¿QUÉ SUCEDE SI NO REACTIVO MI COBERTURA A TIEMPO?

Desde la fecha de inicio de la suspensión de la cobertura de tu Seguro, solo tienes 60 días calendario para realizar el pago total de las cuotas vencidas. Si no realizas el pago en dicho plazo, esta póliza se extinguirá (anulará). No obstante lo antes indicado, y antes que se extinga tu Seguro conforme lo indicado en el párrafo precedente, RIMAC podrá resolver esta Póliza luego de producida la suspensión de la cobertura, para lo cual te enviaremos una comunicación escrita informándote sobre dicha decisión. La resolución se producirá una vez que haya transcurrido 30 días desde que recibiste dicha comunicación.

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

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

En este caso, RIMAC responderá la solicitud de cobertura emitiendo la correspondiente Carta de Rechazo, y además, tendrá derecho a resolver la Póliza, para lo cual te remitiremos una comunicación escrita con una anticipación no menor a 15 días a la fecha en que se efectúe la resolución. Una vez resuelta (anulada) la Póliza, RIMAC quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

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

12.- ¿CÓMO TRATAMOS LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES?

En caso de Enfermedades Preexistentes, podremos solicitar información adicional con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad.

Asimismo, para el caso de Enfermedades No Resueltas podremos solicitarle que se practiquen y/u obtengan informes médicos adicionales, bajo su cuenta y costo.

Sin perjuicio de lo antes indicado, toda Enfermedad Resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de RIMAC a efectos de su evaluación.

a) Continuidad de Enfermedades Preexistentes

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 y/o Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior; siempre y cuando:





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- 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 periodo 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 de EPS anterior que cubrió el periodo inmediatamente anterior,
- iii. Se hayan declarado las preexistencias a RIMAC en forma previa.

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

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

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

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

En cualquier momento de la vigencia, podrás anular (resolver) tu Póliza sin más requisito que una comunicación por escrito a RIMAC, con una anticipación no menor de treinta (30) días. La anulación se hace efectiva en el primer día calendario del mes inmediato siguiente a la fecha de haberse solicitado la anulación. Recuerda que si solicitas la resolución, te informaremos que puedes solicitar la devolución de la prima que no haya devengado (la que corresponde al periodo no corrido de tu vigencia).

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

20.- ¿CUALES SON LOS MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS?

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia o donde domicilian los Asegurados (Beneficiarios), según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el Contratante o el Asegurado 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, Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, entre otros.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

21.- ¿CUÁL ES EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA?

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

22.- PODRIAN VARIAR LAS CONDICIONES DE MI PÓLIZA DE SEGURO A LA RENOVACIÓN DE LA VIGENCIA?

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

Asimismo, si esta Póliza de Seguro se ha renovado por 5 años consecutivos, esta Póliza de Seguro se renovará indefinidamente con las mismas coberturas (salvo que cuente alguna de ellas con una edad máxima de permanencia). No obstante, y conforme lo indicado en el párrafo previo, podremos proponerte algunas modificaciones a tu Póliza de Seguro cuando corresponda la renovación de su vigencia.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 27 de mayo de 2021

RESOLUCIÓN SBS

N° 01582-2021

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, La Compañía) con fecha 17 de febrero de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (en adelante, Reglamento de Conducta) y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias (en adelante, el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro), esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Salud Flexible";

CONSIDERANDO:

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

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

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

Que, según lo establecido en el artículo 16 del Reglamento de Conducta, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas 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. El derecho de arrepentimiento en el caso de los seguros ofertados o promocionados por comercializadores y cuando la oferta o promoción se realice a través del uso de sistemas a distancia.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículo 78 y 80 de la Ley de Seguros.
- k. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, de corresponder.
- l. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
- m. Otras que determine la Superintendencia.

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





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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

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

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, tratándose de un seguro de asistencia médica, no corresponde aprobar la condición mínima referida a la revocación del consentimiento, prevista en el inciso 12 del numeral 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta. Adicionalmente, la Compañía ha señalado que no resultarán aplicables las condiciones mínimas de modificación de condiciones contractuales propuestas por las empresas durante la vigencia del contrato y de reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro, previstas en los incisos 1 y 9 del mencionado numeral 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, respectivamente;

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

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

RESUELVE:

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

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro, otorgándole el Código de Registro N° AE0506400421.

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





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CONDICIONES GENERALES

1. ¿CUÁLES SON COBERTURAS?

1.1. CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO (Sujeto a Disponibilidad):

Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro, a fin de coordinar la hora de visita del médico.

(...)

1.2. VIDEOCONSULTA (Disponible de lunes a sábado de 08:00 horas a 20:00 horas).

(...)

Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro.

(...)

1.4. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

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

(...)

2.- ¿QUÉ DEBO HACER PARA ACCEDER A MIS COBERTURAS?

El modo de acceder a las coberturas descritas en los numerales 1.1., 1.2 y 1.4 se encuentran descritas en el numeral anterior.

Para obtener la cobertura descrita en el numeral 1.3 precedente (Indemnización por días de hospitalización), se deberán presentar los siguientes documentos al término de la hospitalización:

Si la hospitalización es de 0-7 días:

- a. Certificación de Reproducción Notarial (Antes copia legalizada) del Informe de hospitalización o constancia, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del Asegurado, fecha de "alta" del Asegurado y el diagnóstico.
- b. Copia simple del Documento Nacional de Identidad del Asegurado.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Si la hospitalización es mayor a 7 días:

Adicionalmente a los documentos antes indicados, deberás presentar:

- a. Copia Fedateada y Foliada de la historia clínica, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del asegurado, fecha del “alta” del asegurado y el diagnóstico

En caso que el Asegurado fallezca antes de poder recibir la indemnización, los herederos legales del Asegurado deberán presentar adicionalmente

- a) Copia literal de la partida registral donde se encuentra inscrita en forma definitiva, la sucesión intestada o testamento en los Registros Públicos.
- b) Certificación de reproducción notarial del Certificado de Defunción.
- c) Copia del Documento Nacional de Identidad de los beneficiarios solicitantes. Si fuera extranjero el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
- d) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Protocolo de necropsia, en caso corresponda, el mismo que deberá haberse tramitado bajo los procedimientos establecidos por el Instituto de Medicina Legal.
- e) Copia Certificada del Atestado policial completo, en caso corresponda.

Los documentos pueden ser enviados vía electrónica a la casilla de solicitudsiniestrapersonas@RIMAC.com.pe, siempre que cumplan con los requisitos y los documentos sean legibles.

Una vez recibido los documentos correspondientes, tenemos un plazo máximo de 30 días para darte una respuesta sobre si procede o no el pago de la indemnización (aprobado o rechazado).

Ten en cuenta que, durante los primeros 20 días de dicho plazo, podríamos requerirte aclaraciones o precisiones respecto de la documentación presentada (que pudieren presentarse en documentos adicionales) que podrían incluir detalle de las atenciones brindadas por los médicos que hayan brindado dichas atenciones. El conteo del plazo descrito en el párrafo precedente se suspenderá hasta que nos presentes lo que te hemos solicitado.

En caso que no te demos una respuesta en el plazo antes indicado, se entenderá que hemos aprobado el pago de tu indemnización.

PAGO DE SINIESTRO: Pagaremos la indemnización en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de aprobación o de haberse declarado consentido el siniestro.

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

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

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado a través de un correo electrónico dirigido a atencionalcliente@rimac.com.pe (con el asunto “Derecho de arrepentimiento”) o a través del mismo





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando tu nombre y apellidos completos y tu número de DNI.

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

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

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

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

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

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

9.- ¿CUÁNTO TIEMPO TENGO PARA REACTIVAR MI COBERTURA? ¿QUÉ SUCEDE SI NO REACTIVO MI COBERTURA A TIEMPO?

Desde la fecha de inicio de la suspensión de la cobertura de tu Seguro, solo tienes 60 días calendario para realizar el pago total de las cuotas vencidas. Si no realizas el pago en dicho plazo, esta póliza se extinguirá (anulará). No obstante lo antes indicado, y antes que se extinga tu Seguro conforme lo indicado en el párrafo precedente, RIMAC podrá resolver esta Póliza luego de producida la suspensión de la cobertura, para lo cual te enviaremos una comunicación escrita informándote sobre dicha decisión. La resolución se producirá una vez que haya transcurrido 30 días desde que recibiste dicha comunicación.

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

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

En este caso, RIMAC tendrá derecho a resolver la Póliza, para lo cual te remitiremos una comunicación escrita con una anticipación no menor a 15 días a la fecha en que se efectúe la resolución. Una vez resuelta (anulada) la Póliza, RIMAC quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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

12.- ¿CÓMO TRATAMOS LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES?

En caso de Enfermedades Preexistentes, podremos solicitar información adicional con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad.

Asimismo, para el caso de Enfermedades No Resueltas podremos solicitarle que se practiquen y/u obtengan informes médicos adicionales, bajo su cuenta y costo.

Sin perjuicio de lo antes indicado, toda Enfermedad Resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de RIMAC a efectos de su evaluación.

a. Continuidad de Enfermedades Preexistentes

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 y/o Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior; siempre y cuando:

- 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.
- Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 60 días calendario contados desde el término del Plan de Salud de EPS anterior que cubrió el período inmediatamente anterior,
- Se hayan declarado las preexistencias a RIMAC en forma previa.

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

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

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

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

En cualquier momento de la vigencia, podrás anular (resolver) tu Póliza sin más requisito que una comunicación por escrito a RIMAC, con una anticipación no menor de treinta (30) días. La anulación se hace efectiva en el primer día calendario del mes inmediato siguiente a la fecha de haberse solicitado la anulación. Recuerda que si solicitas la resolución, te informaremos que puedes solicitar la devolución de la prima que no haya devengado (la que corresponde al período no corrido de tu vigencia).





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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

20.- ¿CUALES SON LOS MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS?

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia o donde domicilian los Asegurados (Beneficiarios), según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el Contratante o el Asegurado 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, Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, entre otros.

21.- ¿CUÁL ES EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA?

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

22.- PODRIAN VARIAR LAS CONDICIONES DE MI PÓLIZA DE SEGURO A LA RENOVACIÓN DE LA VIGENCIA?

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

Asimismo, si esta Póliza de Seguro se ha renovado por 5 años consecutivos, esta Póliza de Seguro se renovará indefinidamente con las mismas coberturas (salvo que cuente alguna de ellas con una edad máxima de permanencia). No obstante, y conforme lo indicado en el párrafo previo, podremos proponerte algunas modificaciones a tu Póliza de Seguro cuando corresponda la renovación de su vigencia.

