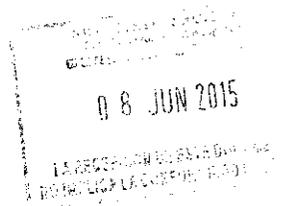




**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 02 de junio de 2015



OFICIO N° 19840-2015-SBS

Señor
Gerente General
RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS
Las Begonias N° 475
San Isidro

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 3006-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-3265



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 02 JUN. 2015

Resolución S.B.S

N° 3006 - 2015

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 de 2014 y 21 de mayo de 2015, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Asistencia Médica Colectiva (Seguro Médico) - Soles", registrado con Código SBS N° AE0506410043 y, consecuentemente, registrar la modificación por adecuación;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada por Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

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

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

Que, según lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se detallan a continuación, según el tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:

- 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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 tomo a las primas pagadas.

g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.

h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.

j. Otras que determine la Superintendencia.

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

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

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente 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;





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, la modificación al modelo de póliza del producto denominado "Asistencia Médica Colectiva (Seguro Médico) - Soles" 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;

Que, la Compañía ha manifestado mediante comunicación de fecha 21 de mayo de 2015 que el producto "Asistencia Médica Colectiva (Seguro Médico) - Soles" se comercializa únicamente a través de corredores de seguros, por lo que no corresponde incluir la condición referida al derecho de arrepentimiento en el modelo de póliza de dicho producto presentado para la aprobación de sus condiciones mínimas;

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 "Asistencia Médica Colectiva (Seguro Médico) - Soles", registrado con Código SBS N° AE0506410043 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 "Asistencia Médica Colectiva (Seguro Médico) - Soles", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución.

Asimismo, en observancia de lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, en las pólizas que emita utilizando el mencionado modelo de póliza de seguro modificado, deberá consignar junto al código de registro lo siguiente: "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias".

Artículo Tercero.- La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Asistencia Médica Colectiva (Seguro Médico) - Soles", 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.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

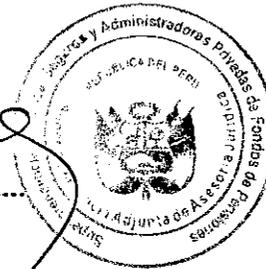
República del Perú

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 GUILLÉN 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 MODIFICACIÓN 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, RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA:

(...)

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.

(...)

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO):

RESOLUCION CONTRACTUAL

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:

A. RESOLUCION DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, de cumplirse alguna de las siguientes causales:

- 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 por escrito de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

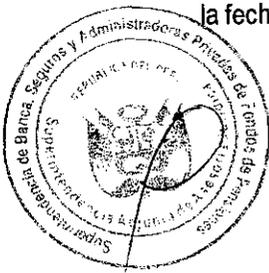
- 7.3 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolverla en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La resolución podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. El contrato quedará resuelto a los 30 días de comunicada su decisión a la ASEGURADORA. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.4 Si el Contratante realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza la cual deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computado 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

En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

B. RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la resolución del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- 7.5 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que 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.
- 7.6 Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Certificado de Seguro, podrá proponer al CONTRATANTE, modificaciones al Certificado de Seguro, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

- i) El CONTRATANTE o ASEGURADO incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Certificado 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.

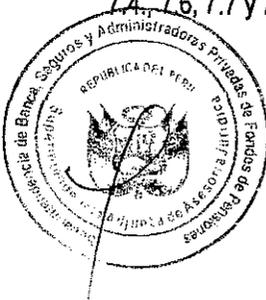
- 7.7 Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, en cuyo caso LA COMPAÑÍA tendrá derecho a resolver el Certificado de seguro. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada en el presente numeral la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO, con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

- 7.8 Si el 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 ASEGURADO, una propuesta de revisión (reajuste y/o modificación de primas) del Certificado de Seguro. La propuesta de revisión deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El ASEGURADO tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que éstos dieran respuesta a la revisión propuesta. 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 podrá ser solicitada por:

- a) El CONTRATANTE (respecto de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (respecto del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1. y 7.5. Asimismo, EL CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del Contrato de Seguro, en caso se presente la causal descrita en el numeral 7.3. precedente.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.4., 7.6, 7.7 y 7.8 precedentes.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Producida la resolución del Contrato de Seguro, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por EL ASEGURADO y/o CONTRATANTE, según corresponda, éste último deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

La ASEGURADORA se libera de responsabilidad por los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de resolución del Contrato de Seguro o del Certificado de Seguro, según corresponda. Por tanto, la ASEGURADORA no brindará cobertura alguna por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato o del Certificado de Seguro.

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

ARTÍCULO 8º.- NULIDAD DEL CONTRATO Y CERTIFICADO 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 / Certificado y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, en los siguientes casos:

- 8.1. Si el CONTRATANTE hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro en los siguientes casos:

- 8.4. Si el ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.5. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

8.6. Por reticencia y/o declaración inexacta --si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO-- de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Sin perjuicio de la comunicación dirigida al ASEGURADO comunicando la nulidad de su CERTIFICADO DE SEGURO, se comunicará al CONTRATANTE dicha nulidad; ello en virtud a su calidad de CONTRATANTE del Seguro.

Para los casos descritos en los numerales 8.3. y 8.6. precedentes, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar de manera fehaciente dicha causal, 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 y/o HEREDERO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO y/o HEREDERO hubiesen recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedarán automáticamente obligados a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración falsa o 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 10º.- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

(...)

10.11. 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 vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y 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 periodo corrido del Contrato de Seguro.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

- (ii) **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA:** La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

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

(...)

ARTÍCULO 13º.- 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.

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no se 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 periodo 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 ASEGURADORA de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- (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. 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 19°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

(...)

ARTÍCULO 32°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

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

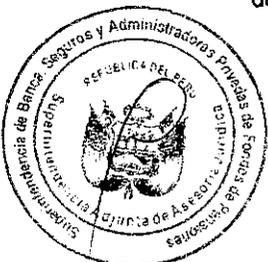
32.1. ATENCIONES DE EMERGENCIA ACCIDENTAL Y NO ACCIDENTAL:

Vía crédito:

Para que la ASEGURADORA brinde atención, el ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 o presentarse en el proveedor de servicios en salud.

El ASEGURADO tendrá que:

- a) Presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- b) Presentar su documento de identidad o carné del Seguro.
- c) El médico de servicio al momento de la atención determinará el tipo de emergencia (accidental o no accidental).

Vía reembolso (Sólo aplica para Emergencia Accidental):

La ASEGURADORA cubrirá vía reembolso los gastos generados por la emergencia accidental, siempre y cuando el ASEGURADO se encuentre en una zona alejada en provincia en donde no exista proveedor de salud incluido en el Plan de Beneficios.

En caso se brinde la cobertura vía reembolso en una zona alejada en provincia, se deberá tomar en cuenta que el plazo para dar aviso del siniestro y solicitar el reembolso es de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de consulta, en los lugares indicados en el Resumen de la presente póliza.

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa o debida a culpa inexcusable; salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, para el caso en que la demora se deba a culpa inexcusable. Asimismo, en caso la ASEGURADORA sufra un perjuicio debido a que el ASEGURADO incumpla, por culpa leve, con la obligación de dar aviso a la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados, esta podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. 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.

32.2. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERÚ 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 o carné del Seguro.
- c) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Copago de la cobertura. El pago de Copago tendrá una vigencia de siete (7) días calendario tanto para la consulta médica como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial.
- d) En caso de Atención Hospitalaria deberá solicitar a la ASEGURADORA, a través del proveedor de servicios en salud, una Carta de Garantía, 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. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Coaseguros y los Copagos respectivos.

32.3. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO: EI ASEGURADO tendrá





SUPERINTENDENCIA

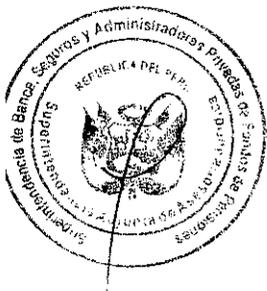
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- a) Una vez terminada la atención en salud, el ASEGURADO deberá presentar a la ASEGURADORA la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: http://www.rimac.com.pe/wps/portal/rimac/inicio/seguros/empresas/para_el_personal/AMC-Medico
- 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 y en caso de atención hospitalaria, se debe presentar una copia fedateada de la historia clínica completa. Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.
- c) Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web http://www.rimac.com.pe/wps/portal/rimac/inicio/seguros/empresas/para_el_personal/AMC-Medico, y en caso de reembolsos por atenciones en el extranjero cuya referencia no se encuentren registradas en el tarifario de Rimac se utilizará los costos UCR en el Perú para un caso similar.
- d) La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud o desde que se conoce el beneficio.

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa o debida a culpa inexcusable; salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, para el caso en que la demora se deba a culpa inexcusable. Asimismo, en caso la ASEGURADORA sufra un perjuicio debido a que el ASEGURADO incumpla, por culpa leve, con la obligación de dar aviso a la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados, esta podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. 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.

- e) 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.
- f) Asimismo, cuando 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, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.
- g) Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el siniestro.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- h) 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.
- i) 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.

A continuación detallamos los procedimientos en caso de siniestro para las siguientes coberturas:

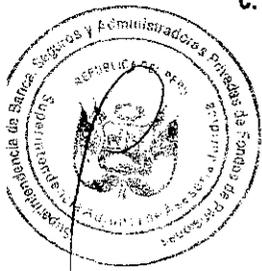
a. Central de Asistencias :

- o Médico A Domicilio: Atención Ambulatoria Para Medicina General Y Especialidades:
 - En caso de que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse con la ASEGURADORA llamando a los teléfonos de la Central de Asistencias detalladas en su Plan de Beneficios.
 - Las citas deberán ser coordinadas llamando a la Central de Asistencias y se otorgará la cobertura según disponibilidad.
 - La ASEGURADORA coordinará el envío de un médico general o especialista según las características ofertadas en su Plan de Beneficios.
 - El médico irá al domicilio del asegurado y luego de la consulta médica emitirá una receta.
 - El asegurado deberá pagar el copago detallado en el Plan de Beneficios.
 - Las medicinas serán enviadas vía delivery, cuya coordinación será realizada por el médico tratante.
- o Gastos De Traslado Terrestre Por Emergencia: Servicio De Ambulancia Solo Lima:
 - En caso de encontrarse en una situación de emergencia, el asegurado deberá comunicarse con la ASEGURADORA llamando a los teléfonos de la Central de Asistencias detalladas en su Plan de Beneficios.
 - El operador solicitará el número del DNI del asegurado y si el Plan de Beneficios considera la presente cobertura coordinará el envío de la ambulancia al lugar donde se encuentre el asegurado.
 - La cobertura del presente beneficio es al 100%.
- o Orientación médica telefónica:
 - El asegurado deberá comunicarse a la central de asistencias, cuyo número se encuentra detallado en el Plan de Beneficios.
 - Deberá hacer presente a la operadora que llama debido a que solicita la orientación por parte de un médico de nuestro staff.

b. Transporte por evacuación.

- o El asegurado deberá comunicarse con la central de asistencias a fin de coordinar el traslado.

c. Gastos de Sepelio:





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Los familiares del asegurado fallecido deberán contactarse con el proveedor del servicio funerario a los números telefónicos que se detallan en el Plan de Beneficios.
- Para la atención de este beneficio se deberá solicitar la Carta de Garantía la cual será emitida en un plazo de 3 horas, siempre y cuando, se presente el Certificado de Defunción y el presupuesto del Proveedor elegido.
- En caso el Plan de Beneficios contemple el reembolso como forma de acceder al beneficio, se deberá presentar:
 - * Partida de Defunción del ASEGURADO.
 - * Facturas originales de los gastos.

d. Programa CUIDATE: Programa de Enfermedades Crónicas:

- El asegurado deberá acercarse a cualquiera de las clínicas afiliadas al programa CUIDATE, las cuales se detallan en el Plan de Beneficios.
- El asegurado sólo deberá presentar su DNI para poder solicitar la evaluación y acceso al programa.

e. Segunda opinión en el Extranjero y Nacional:

- El asegurado deberá coordinar con la asistente social de la empresa donde labora, quien se contactará con la ejecutiva comercial de la ASEGURADORA y solicitará la activación de la cobertura.
- El asegurado deberá presentar la copia de su historia clínica a fin que el área médica de la compañía evalúe el caso.
- En caso proceda la solicitud, la ejecutiva comercial se contactará con el asegurado proponiendo la terna de especialistas.
- El asegurado deberá escoger el médico de su preferencia de acuerdo a la terna presentada.
- La cita se coordinará a través de la ejecutiva comercial.

f. Seguro de primas por muerte del Titular:

- El asegurado dependiente por intermediación de la asistente social de la empresa donde labora el titular fallecido deberá contactarse con el ejecutivo comercial de RIMAC SEGUROS e informar que el asegurado titular ha fallecido. Los beneficiarios también podrán acercarse a las oficinas de la ASEGURADORA solicitando la cobertura.
- Deberán presentar los siguientes documentos:
 - Partida de Defunción.
 - Atestado policial (en caso corresponda)
 - Certificado de Protocolo de Necropsia (en caso corresponda).Todos los documentos antes indicados no deberán tener una antigüedad mayor de 3 (tres) meses.
- La ASEGURADORA no cobrará prima alguna por los dependientes del asegurado titular fallecido, hasta la renovación de la póliza.

g. Alimentación para acompañante hospitalario:

- El Asegurado deberá manifestar su deseo de acceder a este beneficio solicitándolo a través del proveedor, no es necesario la presentación de documentación alguna por parte del asegurado.
- En caso de cumplir con las condiciones señaladas en el artículo 29.21 la clínica coordinará directamente con la ASEGURADORA la cobertura de los alimentos para el acompañante.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

h. Gastos de Enfermera acompañante:

- El asegurado deberá coordinar con la asistente social de la empresa donde labora, quien se contactará con la ejecutiva comercial de la ASEGURADORA y solicitará la activación de la cobertura. Los beneficiarios también podrán acercarse a las oficinas de la ASEGURADORA solicitando la cobertura.
- Es requisito indispensable que se presente copia de la historia clínica del asegurado la cual será evaluada por el área de auditoría médica y de ser aprobado se le informará al asegurado.
- Los asegurados deberán presentar los honorarios médicos de la enfermera que los asistió.
- Se deberá tomar en cuenta las consideraciones descritas en el artículo 29.25.

i. Traslado de Restos:

- El familiar del ASEGURADO, deberá presentar una solicitud de reembolso a la COMPAÑÍA, mencionando que por fallecimiento del ASEGURADO desean acceder al reembolso de los gastos incurridos en el traslado de restos.
- La factura del avión comercial contratado, deberá estar emitida a nombre de la ASEGURADORA.

j. Desamparo Súbito Familiar:

- La asistente social a solicitud de los beneficiarios del asegurado fallecido coordinará con la ejecutiva comercial de la COMPAÑÍA la indemnización correspondiente, Asimismo, los beneficiarios tienen la posibilidad de solicitar a la ASEGURADORA la cobertura.
- Para el pago de la indemnización, los Beneficiarios deberán presentar a la ASEGURADORA los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial:
 - Partida de Defunción.
 - Informes Médicos e Historias Clínicas.
 - Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
 - Certificado de Protocolo de Necropsia (en caso corresponda).
 - Análisis toxicológicos con resultados de alcoholemia y toxinas (en caso corresponda).
 - Testimonio e inscripción registral del Testamento o la Sucesión Intestada (en caso no se haya declarado beneficiarios).

Todos los documentos antes indicados no deberán tener una antigüedad mayor de 3 (tres) meses.

- La ejecutiva comercial se comunicará con los beneficiarios a fin de informarles la aceptación de la indemnización.

k. Atención Médica para desastres naturales:

- Los asegurados deberán acercarse a cualquiera de las clínicas detalladas en su Plan de Beneficios y presentar su DNI o camé de extranjería para recibir las atenciones correspondientes.

l. Psicoprofilaxis del Parto:

- Los asegurados deberán acercarse a cualquiera de los centros médicos detallados en el Plan de Beneficios, presentando su DNI o camé de extranjería.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

m. Atención hospitalaria en exceso:

- o El asegurado deberá solicitar al centro médico la activación de la presente cobertura.
- o El centro médico coordinará directamente con la ASEGURADORA la aplicación de las condiciones en caso de superar el importe máximo de consumo hospitalario indicado en el Plan de Beneficios.
- o El asegurado no presentará documentación alguna, ya que todo el trámite lo coordina el centro médico.

n. Terapia Biológica no oncológica:

- o En caso de cumplir con las condiciones establecidas en el Plan de Beneficios, el centro médico a solicitud del asegurado coordinará la emisión de la carta de garantía con la ASEGURADORA, adjuntando la historia clínica del ASEGURADO,
- o Una vez aprobada la carta de garantía, el laboratorio llamará al asegurado y coordinará la entrega de los medicamentos.

