



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 07 de septiembre de 2021

RESOLUCIÓN SBS **N° 02652-2021**

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 13 de abril de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro de Accidentes con Devolución”, registrado con Código SBS N° AE0506100340, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 785 - 2014 de fecha 30 de enero de 2014.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 13 de abril de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro de Accidentes con Devolución”, registrado con Código SBS N° AE0506100340;

Que, a través de la Resolución SBS N° 785 - 2014 de fecha 30 de enero de 2014, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal, 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;





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Que, considerando que nos encontramos ante una póliza de accidentes personales, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas contempladas en los incisos 2 y 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), referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud, y al derecho de revocación del consentimiento del asegurado aplicable a los seguros de vida.

Que, de conformidad con lo indicado por la Compañía, no resultará de aplicación la condición mínima contemplada en el inciso 11 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, referida a la modificación en la renovación, en la medida que el presente producto no será renovable;

Que, la presente resolución modifica las condiciones mínimas previstas en los artículos 9, 10, 12, 16, 23, 24 y 25 del Condicionado General del producto "Seguro de Accidentes con Devolución", 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, aprobada por la 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 artículos 9, 10, 12, 16, 23, 24 y 25 del Condicionado General del producto "Seguro de Accidentes con Devolución", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 785 - 2014 de fecha 30 de enero de 2014, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las modificaciones propuestas por la empresa en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del Registro de Pólizas. En tal sentido, la Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Seguro de Accidentes con Devolución", incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Accidentes con Devolución" modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CONDICIONES GENERALES

(...)

9. RESOLUCIÓN 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. 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 calendario 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.

b. Por falta de pago de la prima en caso de 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 calendario contados a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación de la Aseguradora informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la Aseguradora la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se otorgó cobertura.

c. Por la presentación de una solicitud de cobertura fraudulenta, de conformidad a lo establecido en el artículo 17 del Condicionado General¹.

d. Por agravación del riesgo comunicada a la Aseguradora. La Aseguradora podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que le fue debidamente comunicada, quedando resuelta la póliza a partir de que el Contratante y/o Asegurado recibe una comunicación en dicho sentido de parte de la Aseguradora. Le corresponde a la Aseguradora la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

¹ 17. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

Se considera fraudulento:

17.1 La presentación de una solicitud de cobertura engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.

17.2 Emplear medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.

17.3 Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento. El (los) Asegurado(s) o el (los) Beneficiario(s) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s). Ello sin perjuicio de la atención de la solicitud de cobertura presentada, cuya evaluación se realizará dentro del plazo establecido en la normativa vigente.

En este supuesto, la indemnización que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al beneficio. En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actué, contando con los poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación de los demás Asegurados, Beneficiarios o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

La Aseguradora está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

e. Por agravación del riesgo no comunicada por escrito a la Aseguradora ni bien el Contratante y/o Asegurado conocen su ocurrencia.

Para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, la Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i. El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable².
- ii. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación³ a cargo de la Aseguradora.
- iii. Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el literal c) precedente.
- 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.

Lo indicado en los literales d) y e) precedentes, no será aplicable para el caso contemplado en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

f. Si el Contratante y/o Asegurado realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora presentará al Contratante una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza. 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.

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

- El Contratante en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme al literal a) precedente.
- La Aseguradora en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al g) precedentes.

Una vez resuelto el contrato, la Aseguradora queda liberada de su prestación.

En caso corresponda, producto de la resolución ejercida por el Contratante, el reembolso de la prima será efectuado dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la solicitud de resolución por parte del Contratante en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la Aseguradora en Lima o provincias, detalladas en el Resumen de la Póliza. En caso la resolución haya sido ejercida por la Aseguradora, se procederá con la devolución de la prima no devengada a favor del Contratante

² De acuerdo a lo establecido en el artículo 1319° del Código Civil, se entiende que incurre en culpa inexcusable quien por negligencia grave no ejecuta la obligación a su cargo.

³ La prestación de la aseguradora se refiere a las coberturas contratadas, las cuales se señalan en el artículo 5 de las Condiciones Generales.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de resolución, a través del mismo medio utilizado para el pago de las primas.

10. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir desde el inicio, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

- a. Si se hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c. Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo⁴ o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado- de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.
- d. La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea la nulidad del contrato de seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la prima pagada.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, la Aseguradora dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que la Aseguradora conoce la reticencia o declaración inexacta.

En caso de nulidad:

- No se tendrá derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la Aseguradora la suma percibida.
- Dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes de producirse la nulidad del contrato de seguro, la Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) a través del mismo medio utilizado para realizar el pago de las primas, excepto cuando el Contratante o el Asegurado proceda con reticencia o realice una declaración inexacta, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Aseguradora, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

12. PRIMA:

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia de la póliza, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares.

Efectos del Incumplimiento de Pago de prima:

⁴ De acuerdo a lo establecido en el artículo 1318° del Código Civil se entiende que procede con dolo quien deliberadamente no ejecuta la obligación.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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 de manera cierta al Contratante que se producirá la suspensión automática 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 automática de la cobertura.

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

La Aseguradora no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicada, la prima adeudada por el Contratante será descontada del beneficio correspondiente.

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 calendario contados a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación escrita de la Aseguradora informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la Aseguradora la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

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

14. MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES:

Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no podrá modificar los términos contractuales pactados 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 comunicada⁵. La falta de

⁵ 22. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones entre la Aseguradora y el Contratante deberán realizarse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia. Las del Contratante deberán ser dirigidas al domicilio de la Aseguradora y las de ésta serán válidas siempre que se dirijan al último domicilio señalado por el Contratante.

Para los efectos del presente contrato la Aseguradora y el Contratante señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones en general. Si el Contratante cambiara de domicilio deberá comunicar tal hecho a la Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se debe respetar los términos pactados originalmente.

16. AVISO DE SINIESTRO, PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO:

16.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a la Aseguradora dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio según corresponda en cualquiera de las Plataformas de Atención del Cliente descritas en el Resumen de la presente póliza, así como por vía telefónica o al correo electrónico señalado en dicho resumen.

En caso de culpa leve, el incumplimiento del plazo antes señalado no constituye causal del rechazo del siniestro, pero la Aseguradora podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

16.2 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

COBERTURA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.-

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de fallecimiento se deberá entregar a la Aseguradora, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (detalladas en el Resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a) Solicitud de cobertura debidamente llena proporcionada por la Aseguradora para tales efectos.
- b) Documento de identidad del Asegurado, en caso se cuente con este.
- c) Certificado de defunción del Asegurado, emitido por el médico tratante.
- d) Acta o partida de defunción del Asegurado, emitida por RENIEC.
- e) Documento de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad que carezcan de DNI.
- f) En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.
- g) Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales.
- h) Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- i) Resultado del Dosaje Etílico emitido por la Morgue; sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados y esta situación sea acto generador del siniestro.
- j) Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, emitido por la Morgue, en caso de haberse realizado.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente, adjuntando debidamente completa la solicitud de cobertura proporcionada por la Aseguradora para tales efectos. Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada en original a la Aseguradora junto con la correspondiente Partida de Defunción emitida por RENIEC en original o copia certificada.

El pronunciamiento de la Aseguradora se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

COBERTURA DE SOBREVIVENCIA.-

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de Supervivencia se deberá entregar a la Aseguradora, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (detalladas en el Resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a) Solicitud proporcionada por la Aseguradora, firmada por el Contratante.
- b) Documento de identidad del Contratante.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

El listado anterior muestra la documentación que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro. La solicitud de cobertura puede ser presentada ante la Aseguradora o ante el Comercializador.

- Todo documento de procedencia extranjera debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES o encontrarse debidamente apostillado. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

16.3 PAGO DE SINIESTRO:

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca el ajuste y la liquidación del Siniestro, la Aseguradora deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso la Aseguradora no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la Aseguradora para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando la Aseguradora requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al Asegurado la extensión del plazo antes señalado.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Si no hubiera acuerdo, la Aseguradora solicitará a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP' debe comunicarse al Asegurado dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al Asegurado en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la Aseguradora haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la Aseguradora cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

23. 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, 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.

(...)

24. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el Contratante tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el Contratante podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el Contratante haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma.

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

La póliza de seguro quedará resuelta (anulada) desde la fecha de recepción de la solicitud de derecho de arrepentimiento y la ASEGURADORA procederá a devolver la totalidad de la prima pagada en caso no se haya hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. La devolución de lo pagado se realizará al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud del derecho de arrepentimiento.

25. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

En el caso de las coberturas de muerte, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 30 de enero de 2014

Resolución S.B.S
N° 785-2014

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) mediante cartas de fecha 21 de junio de 2013 y 16 de enero de 2014, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas de la póliza denominada "Seguro de Accidentes con Devolución";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, dispone que 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 N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, en adelante 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 relacionadas a los siguientes aspectos:

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencias conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, que deberá incluirse en forma destacada en el caso de los seguros ofertados por los comercializadores.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

Que, de conformidad con el artículo 9° del Reglamento de Transparencia, 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 Pólizas de Seguro y Notas Técnicas;

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 que esta Superintendencia supervisa;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Transparencia y otras disposiciones que emita esta Superintendencia, 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;





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

En consecuencia, 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 Seguros y el Reglamento de Transparencia;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas aplicables a la póliza denominada "Seguro de Accidentes con Devolución" presentada por RIMAC; las cuales se aprueban teniéndose en cuenta que se trata de un producto de accidentes personales y a ser comercializado a través de Puntos de Venta. 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 Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° **AE0506100340**.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, RIMAC deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Accidentes con Devolución", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLÉN RISPA
Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica





ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

9. RESOLUCIÓN 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 corre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) 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 quince (15) días calendario 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.
- b) Por falta de pago de la prima en caso que La Aseguradora opte por resolver la póliza durante el período de suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación de la Aseguradora informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a La Aseguradora la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se otorgó cobertura.
- c) Por agravación de riesgo comunicada a la Aseguradora. La Aseguradora podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que le fue debidamente comunicada. Le corresponde a La Aseguradora la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- d) Por agravación del riesgo no comunicada por escrito a La Aseguradora ni bien el Contratante y/o Asegurado conocen su ocurrencia.

Para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, La Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable¹.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación² a cargo de La Aseguradora.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el literal c) precedente.
- 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

¹ De acuerdo a lo establecido en el artículo 1319° del Código Civil, se entiende que incurre en culpa inexcusable quien por negligencia grave no ejecuta la obligación a su cargo.

² La prestación de la aseguradora se refiere a las coberturas contratadas, las cuales se señalan en el artículo 5 de las Condiciones Generales.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

Lo indicado en los literales c) y d) precedentes, no será aplicable para el caso contemplado en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

- e) Si el Contratante y/o Asegurado realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La Aseguradora presentará al Contratante una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza. 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.
- f) De manera automática tras producirse el retiro anticipado (Rescate), Le corresponde a La Aseguradora la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

- El Contratante en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme al literal a) precedente.
- La Aseguradora en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al f) precedentes.

Una vez resuelto el contrato, la Aseguradora queda liberada de su prestación.

En caso corresponda, producto de la resolución, el reembolso de prima a favor del Contratante deberá ser gestionado junto con la resolución contractual en las plataformas de atención al cliente de La Aseguradora en Lima o provincias detalladas en el resumen de la póliza³. La devolución de la prima no es un procedimiento aparte y diferente al procedimiento de resolución contractual.

En caso de resolución de contrato, la Aseguradora no estará en la obligación de pagar la suma asegurada, pero otorgará el valor de rescate indicado en las condiciones particulares, siempre que se haya cumplido con el pago de las primeras dos anualidades de la prima.

10. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente a momento de su celebración, es decir, desde el inicio por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

- a) Si se hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.

³ En caso se resuelva el contrato por decisión de la Compañía, en virtud de alguna de las causales establecidas en los literales b) al f) del Artículo 9 de las Condiciones Generales, deberá comunicarse oportunamente al Asegurado, la forma en la que efectuará el reembolso de la prima a través de las plataformas de atención al cliente.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- b) Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo⁴ o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en los literal c) precedente, La Aseguradora dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que La Aseguradora conoce la reticencia o declaración inexacta.

La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea la nulidad del contrato de seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la prima pagada.

En caso de nulidad:

- No se tendrá derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a La Aseguradora la suma percibida.
- La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el Contratante o el Asegurado proceda con reticencia o realice una declaración inexacta, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por La Aseguradora, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

13. PRIMA:

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia de la póliza, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares.

Se deja expresa constancia que, en caso de incumplimiento de pago de la prima, y si La Aseguradora no reclama el pago de la prima (ya sea por vía judicial o arbitral) dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se produjo el incumplimiento, se entiende que el presente contrato de Seguro queda extinguido.

Efectos del Incumplimiento de Pago de Prima:

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.

⁴ De acuerdo a lo establecido en el artículo 1318° del Código Civil se entiende que procede con dolo quien deliberadamente no ejecuta la obligación





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la Aseguradora comunica al Contratante que se producirá la suspensión automática 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 automática de la cobertura.

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

La Aseguradora no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

La suspensión de cobertura no procederá en caso se haga uso del Derecho de Reducción, el cual podrá ser ejercido una vez hayan transcurrido el plazo indicado en las Condiciones Particulares.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del período previo a la suspensión de cobertura antes indicada, la prima adeudada por el Contratante será descontada del beneficio correspondiente.

Rehabilitación de la Cobertura:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la Aseguradora no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro y el mismo no se haya extinguido, el Contratante podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la Aseguradora responsable por siniestro alguno ocurrido durante el período de suspensión de cobertura.

Resolución de la Póliza.-

La Aseguradora podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el período de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación de la Aseguradora informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la Aseguradora la prima devengada a prorrata por el período efectivamente cubierto por la Póliza.

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

15. MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato, La Aseguradora no podrá modificar los términos contractuales pactados 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 comunicada⁵. La falta de

⁵ Se entiende que la misma le fue comunicada cuando los medios empleados para ello corresponden a los descritos en el artículo 23 de las Condiciones Generales, en concordancia con lo pactado en la Solicitud de Seguro, siempre que se haya optado porque





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se debe respetar los términos pactados originalmente.

17. AVISO DE SINIESTRO, SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO:

17.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a La Aseguradora dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio según corresponda, en cualquiera de las Plataformas de Atención descritas en el Resumen de la presente póliza, así como por vía telefónica o al correo electrónico señalado en dicho resumen.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, pero La Aseguradora podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias de siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

17.2 SOLICITUD DE COBERTURA:

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de fallecimiento se deberá entregar a La Aseguradora, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (detalladas en el Resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a) Solicitud de cobertura debidamente llena proporcionada por la Aseguradora para tales efectos
- b) Documento de identidad del Asegurado.
- c) Certificado de defunción del Asegurado.
- d) Acta o partida de defunción del Asegurado.
- e) Documento de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad que carezcan de DNI.
- f) Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de Beneficiarios menores de edad).
- g) En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.
- h) Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales.
- i) Protocolo de Necropsia.
- j) Resultado del Consejo Etilico; sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados y esta situación sea acto generador del siniestro.
- k) Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas.

Las comunicaciones sean remitidas a correo electrónico. Cabe señalar que la Solicitud formará parte integrante de la póliza de seguro cuando la empresa no la hubiere rechazado, conforme a lo indicado en el artículo 13 del Reglamento de Transparencia.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente, adjuntando debidamente completa la solicitud de cobertura proporcionada por la Aseguradora para tales efectos. Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada a la Aseguradora junto con la correspondiente partida de defunción.

El pronunciamiento de La Aseguradora se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de Supervivencia se deberá entregar a La Aseguradora, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (detailed in the Resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- Solicitud proporcionada por la Aseguradora, firmada por el Contratante.
- Documento de identidad del Contratante.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

El listado anterior muestra la documentación que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro.

- Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

17.3 PAGO DE SINIESTRO:

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la Aseguradora deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la Aseguradora no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la Aseguradora para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando la Aseguradora requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al Asegurado la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la Aseguradora solicitará a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al Asegurado dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al Asegurado en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la Aseguradora haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la Aseguradora cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

24. 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, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

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

25. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el Contratante y/o Asegurado tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el Contratante y/o Asegurado podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el Contratante y/o Asegurado haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el Contratante y/o Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la Aseguradora procederá a la devolución total del importe pagado.

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

