



SUPERINTENDENCIA

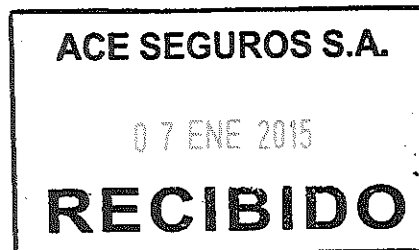
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 05 de enero de 2015

OFICIO N° 56-2015-SBS

Señor
Gerente General
ACE SEGUROS S.A.
Calle Amador Merino Reyna N° 267, Oficina 402
San Isidro



Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 6-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-81704



Lima, 05 ENE. 2015

Resolución S.B.S

N° 06 - 2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Ace Seguros S.A. (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 15 de enero y 16 de diciembre de 2014, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro contra el Cáncer- Dólares", registrado con Código SBS N° AE2036400001 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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas relacionadas a los siguientes aspectos:

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, que deberá incluirse en forma destacada en el caso de los seguros ofertados por los comercializadores.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

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

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente probadas 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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

sido materia de aprobación previa por parte de esta Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

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

Que, la modificación al modelo de póliza del producto denominado "Seguro contra el Cáncer" obedece a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, que señala que los modelos de pólizas previamente incorporadas en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas de esta Superintendencia deben ser modificados de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en el nuevo marco normativo;

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

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General; la Ley de Contratos de Seguro, el Reglamento de Transparencia y el Reglamento de Registro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas correspondientes al modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro contra el Cáncer", registrado con Código SBS N° AE2036400001 contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de asistencia médica.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación por adecuación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Seguro contra el Cáncer", 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 sesenta (60) 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".





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Artículo Tercero.- La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Seguro contra el Cáncer", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de sesenta (60) días calendario indicado en el artículo anterior, conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia.

Artículo Cuarto.- La Compañía deberá informar a los contratantes de los seguros vigentes sobre los aspectos modificados por adecuación al nuevo marco normativo, a través de los mecanismos establecidos en el artículo 24° de dicho Reglamento de Transparencia. Para tal efecto, se le otorga un plazo de sesenta (60) 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 I
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAS

CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN APLICABLES A LOS PRODUCTOS DE ASISTENCIA MÉDICA

(...)

Artículo 6° EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO - SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

6.1 Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspenderá automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

Para tal efecto, antes del vencimiento de dicho plazo, la COMPAÑÍA comunicará de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO de una póliza grupal o al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de una póliza individual, a través de los medios y en la dirección previamente acordados, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como le indicará el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La COMPAÑÍA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.

6.2 La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.

6.3 En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas, la COMPAÑÍA puede optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El contrato de seguro se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.

6.4 Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.

Artículo 8° NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

8.1 Será nulo el Contrato de Seguro por:

a) **Ausencia de interés asegurable**
Actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.

Inexistencia del Riesgo

Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Si se acuerda que comprende un período anterior a su celebración, el contrato es nulo solo si al tiempo de su conclusión la COMPAÑÍA conoce la imposibilidad de que ocurra el siniestro o EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO conoce que se ha producido.

c) Reticencia y/o declaración inexacta dolosa

De circunstancias conocidas por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, en tanto haya sido efectuado con dolo o culpa inexcusable.

Efectos sobre la prima:

En caso de nulidad de la Póliza por las causales descritas en los literales a) y b) la COMPAÑÍA devolverá el importe de prima pagada establecido en las Condiciones Particulares. En el caso del numeral c) las primas pagadas quedan adquiridas por la COMPAÑÍA para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

8.2. Pérdida de Derechos Indemnizatorios:

Desde el momento en que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguro, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados en la Póliza a su favor y caducan automáticamente los que pudieran haberse generado. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO por tanto, perderá automáticamente todo derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ya hubiera cobrado la indemnización por algún siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedará automáticamente obligado frente a la COMPAÑÍA a la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales, gastos debidamente sustentados y tributos a que hubiera lugar.

Artículo 9° RESOLUCION DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro podrá resolverse:

9.1 Sin Expresión de Causa:

El CONTRATANTE en cualquier momento podrá solicitar la resolución del contrato, lo cual deberá realizarse por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con una anticipación de 30 días calendarios, precisándose que puede ejercer su derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. Igual derecho tiene el ASEGURADO para resolver su certificado de seguro siguiendo el mismo procedimiento señalado.

En el caso que el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, será el obligado de comunicarle su decisión de resolver el contrato, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito que cumplió con dicha comunicación de manera previa a la resolución.

Efecto sobre la prima:

La COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido y tiene obligación de devolverla en caso la haya cobrado, por el período no devengado (no cubierto), en cuyo caso el CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, deberá solicitarlo a la COMPAÑÍA por





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

escrito, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días para efectuar la devolución.

9.2 Por incumplimiento de las siguientes cargas u obligaciones:

- a) Falta de pago de prima.
- b) Por agravación del riesgo.
- c) Por fraude en la presentación de la solicitud de cobertura.

Los alcances de las causales a) y c) se encuentran señalados en los artículos sobre EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LAS PRIMAS – SUSPENSIÓN Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO e INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS¹, de este condicionado respectivamente. En cualquiera de estos casos se seguirá el procedimiento de comunicación que establece cada artículo de este condicionado que trata sobre las causales señaladas.

El alcance sobre la causal b) se encuentra señalado en el artículo sobre AGRAVACIÓN DEL RIESGO² de estas Cláusulas Generales de Contratación. La resolución por este supuesto se dará

¹ Artículo 11° INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

(...)

11.9 La COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO perderá todo derecho al pago indemnizatorio, en los siguientes casos:

- a) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o la persona que obre en su representación, presenta reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones inexactas o en documentos engañosos.
- b) Si las pérdidas o daños del siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional y/o con culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o si hubiera mediado algún acto u omisión imputable al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO que hubiese agravado el riesgo o las pérdidas ocasionadas por el siniestro.

(...)

² Artículo 16° AGRAVACIÓN DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR

El CONTRATANTE o ASEGURADO, deberán notificar por escrito a la COMPAÑÍA, los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si hubieran sido conocidas al momento de perfeccionarse el contrato, la COMPAÑÍA no lo hubiera celebrado o lo hubiera hecho en condiciones diferentes. Esta obligación de información se debe cumplir también durante la vigencia del Contrato de Seguro.

Comunicada una agravación del riesgo, la COMPAÑÍA tendrá la facultad, dentro de los quince (15) días de haber sido informada de la agravación, de: (i) resolver el contrato de Seguro, o (ii) proponer al CONTRATANTE el correspondiente reajuste de prima y/o establecimiento de nuevas condiciones contractuales, bajo apercibimiento de tener por resuelto el Contrato de no mediar aceptación de ellos dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación escrita de la COMPAÑÍA. En caso la COMPAÑÍA decida resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido, entendiéndose que son las primas correspondientes al periodo efectivamente cubierto.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO omita su deber de informar sobre la agravación del riesgo y ocurre el siniestro y esta omisión es con culpa inexcusable o dolo, la COMPAÑÍA quedará liberada de su prestación.

Si el CONTRATANTE o ASEGURADO, omite denunciar la agravación, la COMPAÑÍA queda liberada de su prestación si el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

1. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurrir en la omisión o demora sin culpa inexcusable.

Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación.

Si la COMPAÑÍA no ejerce su derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo de

quince (15) días de haberse sido comunicada la agravación.

Si la COMPAÑÍA conoce la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los numerales 1), 2) y 3) precedentes, la COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informada oportunamente de la agravación del riesgo contratado.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al CONTRATANTE y siempre que se haya hecho dentro de los quince (15) días siguientes de haber tomado conocimiento la COMPAÑÍA de la agravación del riesgo.

En los seguros grupales, el CONTRATANTE es el obligado a comunicar sobre la resolución del contrato o del certificado de seguro a los asegurados de la póliza, entregando la comunicación escrita que a tal efecto le proporcionará la COMPAÑÍA. El CONTRATANTE deberá dejar constancia escrita ante la COMPAÑÍA que cumplió con efectuar la referida comunicación.

Efectos sobre las primas:

En el supuesto del literal a) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En el supuesto del literal b) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. En el supuesto del literal c) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Asimismo, la COMPAÑÍA tiene obligación de devolver la prima, en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días para efectuar la devolución. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el mismo plazo antes señalado.

- 9.3 Si el CONTRATANTE rechaza la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada que le efectúe la COMPAÑÍA en caso haya detectado reticencia y/o declaración inexacta no dolosa en sus declaraciones al momento de solicitar el seguro.

La COMPAÑÍA podrá resolver el contrato mediante comunicación dirigida al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE se pronuncie por la aceptación o el rechazo.

El CONTRATANTE es el obligado a comunicar sobre la resolución del contrato o del certificado de seguro a los asegurados de la póliza, entregando la comunicación escrita que a tal efecto le proporcionará la COMPAÑÍA. El CONTRATANTE deberá dejar constancia escrita ante la COMPAÑÍA que cumplió con efectuar la referida comunicación.

Efecto sobre las primas:

En este supuesto corresponden a la COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.

Asimismo, la COMPAÑÍA tiene obligación de devolver la prima, en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días para efectuar la devolución. En tales casos, el Contratante no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el mismo plazo antes señalado.

En las pólizas grupales, el certificado de seguro se resolverá por:

- Decisión unilateral del ASEGURADO, para lo cual se seguirá el mismo procedimiento señalado en el numeral 9.1 de este artículo.
- Incumplimiento de las cargas y obligaciones señaladas en el numeral 9.2 en lo que corresponda, aplicándose las mismas reglas señaladas en dicho numeral.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- c) El rechazo por parte del ASEGURADO de la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada, de ser el caso, en el supuesto señalado en el numeral 9.3 precedente.
La COMPAÑÍA podrá resolver el certificado de seguro mediante comunicación dirigida al ASEGURADO en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado para que el ASEGURADO se pronuncie por la aceptación o el rechazo.

Los efectos sobre las primas serán las indicadas para cada caso en este artículo.

Artículo 11° INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

- 11.1 La COMPAÑÍA indemnizará las pérdidas o daños que directa y efectivamente ocurran por efecto de un siniestro, entendido como tal la realización de uno de los riesgos materia de cobertura; siempre que el evento se inicie dentro del período de vigencia de la Póliza y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO haya cumplido con las cargas y obligaciones a su cargo emanadas del contrato de seguro.

Las Condiciones Generales de cada producto de seguro establecerán su propio procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro, detallando los requisitos para el aviso y la entrega de documentación que debe cumplir el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

(...)

- 11.5 Las Condiciones Generales de cada producto de seguro establecerán su propio procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro, detallando los requisitos para el aviso y la entrega de documentación que debe cumplir el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.
- 11.6 La COMPAÑÍA tendrá un plazo de 30 días calendarios para comunicar al ASEGURADO sobre la aprobación o el rechazo del siniestro. Dicho plazo se cuenta desde que la COMPAÑÍA recibió la documentación e información completa requerida para solicitar la cobertura, señalado en el artículo sobre el AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA de las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la COMPAÑÍA requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de los treinta (30) días señalados en el párrafo anterior.

Si la COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo de treinta (30) días se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que haya requerido un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas al siniestro, siguiendo el procedimiento establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

Consentido o aprobado el siniestro, la COMPAÑÍA tiene un plazo de treinta (30) días calendario para pagar la indemnización.



- 11.11 En caso el ASEGURADO no cumpla con informar la ocurrencia del siniestro dentro de los plazos establecidos en la Póliza, la COMPAÑÍA reducirá la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que se le haya causado, siempre que, se haya afectado su derecho a verificar o determinar las circunstancias del siniestro. Se precisa que para aplicar la reducción tendrá que acreditarse y sustentarse que el aviso extemporáneo del siniestro tiene un efecto negativo en la verificación del mismo.



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Además se precisa que:

- 1) Si el incumplimiento obedece a dolo del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado.
- 2) Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable, el ASEGURADO o BENEFICIARIO pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.
- 3) No se aplicará la reducción cuando la COMPAÑÍA haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.
- 4) No se aplicará reducción cuando el incumplimiento del ASEGURADO se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Artículo 14° TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

14.1 Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el CONTRATANTE y/o ASEGURADO en el periodo inmediato anterior al de la presente póliza, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro de asistencia médica diferente, pero será necesario que dicho de seguro sea uno de la misma modalidad que el contrato de seguro que contrata con la COMPAÑÍA. Las preexistencias deberán ser informadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de la contratación del seguro.

La póliza con la COMPAÑÍA podrá contratarse en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguros anterior, conforme a lo señalado en la Ley N° 28770.

14.2 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá informar el tipo de preexistencia que adolece y la compañía de seguros que la viene cubriendo, como requisito mínimo para que la COMPAÑÍA pueda requerir a dicha aseguradora la información correspondiente.

Artículo 15° MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

15.1 DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En los seguros grupales, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantendrá vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato, salvo que hayan transcurrido cinco (5) años de renovación continua e ininterrumpida, en cuyo caso se mantendrán las coberturas originalmente contratadas, pudiéndose modificar las demás condiciones del contrato, siguiendo el procedimiento establecido en este artículo.

(...)

Artículo 17° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Si la presente póliza ha sido ofertada por comercializadores de la COMPAÑÍA, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la póliza o certificado de seguro, según corresponda, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de una nota de cobertura provisional en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO podrá usar cualquiera de los medios de comunicación pactados para dirigirse a la COMPAÑÍA indicando su intención de resolver la póliza o el certificado de seguro, pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

Artículo 20° MECANISMOS DE SOLUCION 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, BENEFICIARIO o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana.

(...)

CONDICIONES GENERALES

Artículo 9° AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

AVISO DEL SINIESTRO: El ASEGURADO deberá dar aviso de siniestro por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del diagnóstico anatómico patológico extendido por un médico especialista o dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes desde que tiene conocimiento del beneficio.

TIPO DE ATENCION: El tratamiento de cáncer del ASEGURADO se realizará sólo a través de los médicos, clínicas, y demás centros de salud afiliados a la COMPAÑÍA.

Primera atención

Cuando el ASEGURADO tenga Diagnóstico Anatómico Patológico de Cáncer, deberá acercarse a las oficinas de la COMPAÑÍA con la finalidad de solicitar la atención respectiva.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- 9.1.1 En el caso que el ASEGURADO no tenga preferencia de ser atendido por un médico en especial afiliado al seguro, personal de la COMPAÑIA le entregará una Carta de Garantía en la cual se indicará claramente el nombre del médico tratante, de acuerdo a la especialidad que corresponda al cáncer detectado, así como el lugar donde debe acudir el ASEGURADO para ser atendido.
- 9.1.2 En el caso que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en especial afiliado al seguro, personal de la COMPAÑIA le entregará una Carta de Garantía en la cual se indicará claramente el nombre del médico tratante elegido por el ASEGURADO, así como el lugar donde debe acudir para ser atendido.

9.2 Hospitalización

El ASEGURADO deberá acercarse a las oficinas de la COMPAÑIA con la finalidad de solicitar una Carta de Garantía, para lo cual deberá presentar la orden de internamiento debidamente llenada, con sello y firma del médico tratante, salvo en caso de emergencia en cuyo caso la carta de garantía se solicitará desde la clínica afiliada.

9.3 Tratamiento ambulatorio

La COMPAÑIA entregará, a pedido del ASEGURADO, una Carta de Garantía, la cual será presentada por éste al médico tratante o centro de salud afiliado al seguro.

