

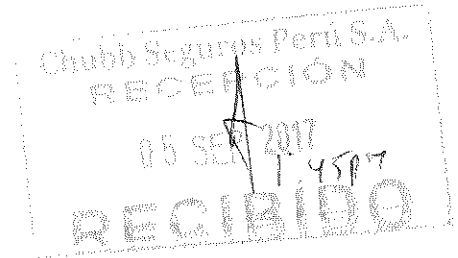


SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 31 de agosto de 2017

OFICIO N° 30792 - 2017-SBS

Señor
Gerente General
CHUBB PERÚ S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS
Calle Amador Merino Reyna N°267 Of. 402
San Isidro



Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 3433-2017 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General

epa



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 31 AGO. 2017

Resolución S.B.S

N° 3433-2017

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 15 de junio de 2017, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Seguro contra el Cáncer", registrado con Código SBS N° AE2036400001, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 06-2015;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 15 de junio de 2017, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro contra el Cáncer", registrado con Código SBS N° AE2036400001;

Que, a través de la Resolución SBS N° 06-2015, esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto, al tratarse de un producto de asistencia médica, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, en virtud del Artículo Tercero de la Resolución SBS N° 4462-2016 se modificó el artículo 10° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013, en adelante el Reglamento de Transparencia; en tal virtud, corresponde la aprobación de las nuevas condiciones mínimas previstas en los literales j), k) y l) del precitado artículo 10°, de acuerdo al tipo de seguro y características del producto;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas, 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 de los modelos, las empresas no pueden 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;





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento de Registro de Pólizas, y considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de las nuevas condiciones mínimas;

Que, la presente resolución aprueba las condiciones referidas al Plazo de Prescripción y al Procedimiento para la Renovación de la Póliza. Asimismo, aprueba modificaciones a artículos del Condicionado General del producto "Seguro contra el Cáncer", correspondientes a las condiciones mínimas aprobadas, previamente, mediante Resolución SBS N° 06-2015 de fecha 05 de enero de 2015, así como la incorporación del artículo 10° del Condicionado General referido a la Renovación Automática del Producto;

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 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 Transparencia, y el Reglamento de Registro de Pólizas;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas recogidas en el Condicionado General del producto "Seguro contra el Cáncer", registrado con Código SBS N° AE2036400001, conforme consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza del producto "Seguro contra el Cáncer", incorporados en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; 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 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro contra el Cáncer" modificado, conjuntamente con la Resolución SBS N° 06-2015 y la presente Resolución; 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 GUILLÉN RÍSPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN COMUNES A LOS SEGUROS 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 y/o certificado de seguro (según corresponda), no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El contrato de seguro y/o certificado de seguro (según corresponda), se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO (según corresponda) reciba una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. En el caso de los seguros grupales, el plazo de treinta (30) días antes señalado, se computa desde la comunicación efectuada al ASEGURADO.

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 y/o certificado de seguro (según corresponda), 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.

b) 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. La COMPAÑÍA tendrá un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta a que se refiere los párrafos anteriores, plazo que debe computarse desde que la COMPAÑÍA conoce la reticencia o declaración inexacta. Para ello, la COMPAÑÍA debe notificar la nulidad por reticencia y/o declaración inexacta por medio fehaciente.

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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 periodo no devengado (no cubierto), en cuyo caso el CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, deberá solicitarlo a la COMPAÑÍA por 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 al

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:

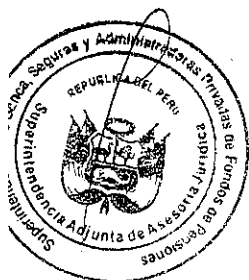
- a) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o la persona que obre en su representación, presenta reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones inexactas o en documentos engañosos.
- b) Si las pérdidas o daños del siniestro fueran causados por un acto y/u 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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 yo 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.

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 incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
2. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación.
3. 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 haberle sido comunicada la agravación.
4. 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

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.
- 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

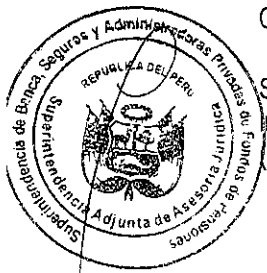
11.1. La COMPAÑÍA indemnizará las pérdidas o daños que directa y efectivamente ocurran por efecto de un siniestro, entendido como tal la realización de uno de los riesgos materia de cobertura; siempre que el evento se inicie dentro del periodo de vigencia de la Póliza y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o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

(...)

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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

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.

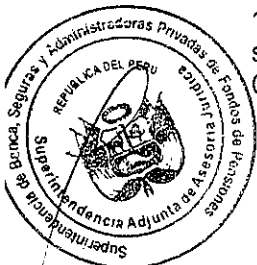
Artículo 14.- TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

14.1. Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato 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 /plan de salud diferente. Las preexistencias deberán ser informadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de la contratación del seguro; sin embargo, la COMPAÑÍA podrá efectuar recargos por producto.

La póliza con la COMPAÑÍA podrá contratarse en un plazo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato anterior. En tal sentido, la Compañía pondrá a disposición del CONTRATANTE y/o ASEGURADO los seguros o planes que pudiera tener LA COMPAÑÍA para las personas que migren de otras empresas de seguros y/o EPS.

14.2. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá informar el tipo de preexistencia que adolece y la empresa que le viene cubriendo.

14.3. La COMPAÑÍA ofrecerá seguros o planes a las personas que migren de otras empresas de seguros y/o EPS, los cuales tendrán como mínimo las mismas coberturas del producto anterior del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Artículo 15° MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

15.1. DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

El CONTRATANTE y 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.

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.

15.2. PROCEDIMIENTO DE MODIFICACIÓN EN LA RENOVACIÓN

La COMPAÑÍA podrá modificar los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo el monto de la prima, para lo cual deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA. En este último caso, la COMPAÑÍA emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

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.

Artículo 17° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o 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 que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

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.

Artículo 23° PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben a los diez años, desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento, este plazo se computará desde que el BENEFICIARIO conoce la existencia del beneficio.

En consecuencia, vencido dicho plazo, la COMPAÑÍA queda liberada de cualquier responsabilidad emanada de esta Póliza.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 8° AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

AVISO DEL SINIESTRO: El ASEGURADO deberá dar aviso de siniestro a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del diagnóstico anátomo 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.

8.1. Primera atención

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

8.1.1. En el caso que el ASEGURADO no tenga preferencia de ser atendido por un médico en especial afiliado al seguro, personal de la COMPAÑÍA le entregará una Carta de Garantía en la cual





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

8.1.2. 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.

8.2. Hospitalización

El ASEGURADO deberá acercarse a las oficinas de la COMPAÑIA o ante el COMERCIALIZADOR 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.

8.3. 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.

8.4. Paciente residente en provincia

El ASEGURADO deberá presentar los vouchers de compra de los pasajes de ida y vuelta al lugar de residencia (beneficio máximo de por Vida de US\$200.00 (Doscientos Dólares Americanos)). Para el caso del alojamiento y alimentación durante su estadía en Lima, el ASEGURADO deberá presentar los vouchers de estos servicios (beneficio máximo de US\$25.00 (Veinticinco Dólares Americanos) diarios, mediante un Beneficio Máximo de por Vida de US\$800.00 (Ochocientos Dólares Americanos)). La COMPAÑIA tendrá un plazo de treinta (30) días calendarios desde la presentación de toda la documentación correspondiente para reembolsar estos gastos.

Artículo 10° PLAZOS Y RENOVACIÓN

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE constituye evidencia de la validez de la cobertura.

Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al Contratante detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento de la póliza. El Contratante tiene un plazo no menos de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora, en caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

