



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 25 de agosto de 2023

RESOLUCIÓN SBS **N° 02828-2023**

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, la Compañía) con fecha 28 de abril de 2023 a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946 (en adelante, Ley de Seguros), el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N°4143-2019 y sus modificatorias (en adelante, Reglamento de Conducta), y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado mediante Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias (en adelante, Reglamento de Registro), esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas previstas en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica;

CONSIDERANDO:

Que, en virtud de lo establecido en el artículo 9 de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702, en adelante, Ley General, las condiciones generales y específicas de las pólizas de las empresas del sistema de seguros, deberán ser aprobadas por la Superintendencia de acuerdo con las normas establecidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley N° 29571 (en adelante, el Código de Consumo), para lo cual se reconoce la libertad de las empresas de seguros para fijar las condiciones de sus pólizas;

Que, de acuerdo con el artículo 326 de la Ley General, la Superintendencia aprobará expresamente, con anterioridad a su utilización, las condiciones mínimas y/o cláusulas de los contratos de seguros, conforme con lo establecido en el artículo 27 de la Ley de Seguros,

Que, de conformidad con lo señalado en el artículo 27 de la Ley de Seguros, las empresas de seguros tienen libertad para fijar el contenido de sus pólizas, siendo que sólo en materia de seguros personales, obligatorios y masivos las pólizas deberán sujetarse a las condiciones mínimas que apruebe esta Superintendencia;

Que, considerando que la aprobación de condiciones contempladas en las pólizas debe realizarse en el marco de lo dispuesto en el Código de Consumo y la Ley de Seguros, los productos cuyas condiciones mínimas requieren ser materia de aprobación, corresponden justamente a aquellos que la normativa vigente ha calificado como seguros personales, obligatorios y masivos contemplados en el mencionado artículo 27 de la Ley de Seguro,





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley General y en la Ley de Seguros corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

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

Que, según lo establecido en el párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se detallan a continuación, según el tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:

1. 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.
2. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
3. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
4. 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. Adicionalmente, en el caso de los seguros de vida con componente de ahorro y/o inversión, la documentación de sustento y de acreditación de los beneficiarios a presentar en caso de ocurrencia del siniestro, para solicitar el pago del componente de ahorro y/o inversión. Asimismo, en aquellos casos que el componente de ahorro y/o inversión sea separable, la indicación de que la solicitud puede presentarse de forma independiente a la documentación que corresponde a la evaluación del siniestro.
5. 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.
6. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
7. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
8. El derecho de arrepentimiento en el caso de los seguros ofertados o promocionados por comercializadores y cuando la oferta o promoción se realice a través del uso de sistemas a distancia.
9. La reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo a la empresa de seguros de la ocurrencia del siniestro.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

10. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículo 78 y 80 de la Ley de Seguros.
11. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, de corresponder.
12. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
13. Otras que determine la Superintendencia.

Que, de conformidad con el párrafo 16.2 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, la aprobación de condiciones mínimas en los productos personales, obligatorios y masivos será considerada como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro;

Que, en virtud de lo dispuesto en el inciso 6 del artículo 2 del Reglamento de Conducta, las Cláusulas Generales de Contratación son un conjunto de estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo, riesgo o modalidad de comercialización del seguro, siendo que la aprobación de las condiciones mínimas contenidas en dichas cláusulas se realiza en una sola oportunidad, conforme con el procedimiento del Texto Único de Procedimientos Administrativos N° 71, aprobado por esta 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 Conducta; y disposiciones del Código de Consumo 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 Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia a través de otras condiciones, tales como, generales, 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, asimismo este pronunciamiento en modo alguno limita las facultades de fiscalización que corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD en el ámbito de sus competencias, en virtud de las disposiciones del Texto Único Ordenado de la Ley 29344, aprobado mediante Decreto Supremo N° 020-2014-SA y demás normas que resulten aplicables, al encontrarnos ante un producto de asistencia médica, siendo la Compañía responsable del cumplimiento de la normativa aplicable a dicho sector;





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, considerando que se trata de Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el inciso 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, referida al derecho de revocación del consentimiento del asegurado cuando este sea distinto al contratante, aplicable a los seguros de vida;

Que, asimismo, la condición mínima a la que se refiere el inciso 4 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, sobre la documentación para proceder a la liquidación del siniestro, no corresponde aprobarse a través del presente documento, en tanto su aprobación se realizará con cada producto;

Contando con el visto bueno del Departamento de Asesoría Legal; y,

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

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas previstas en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, presentadas por la Compañía. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Incorporar al Registro las mencionadas Cláusulas Generales de Contratación, otorgándoles el Código CGC N° XXXX; el cual deberá ser indicado en cada solicitud de registro o de modificación de modelos de pólizas de seguros, cuando sean de aplicación las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía deberá difundir a través de su página web las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, además de la presente resolución, con los modelos de pólizas de sus productos de asistencia médica, en el plazo que disponga esta Superintendencia para tal fin.

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

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 calendario 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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

Si se acuerda que comprende un período anterior a su celebración, el contrato, solicitud-certificado o certificado de seguro 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, Certificado o Solicitud-Certificado; en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la fecha en que se comunica la nulidad del contrato de seguro.

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. En caso de existir un saldo a favor de primas, estas serán devueltas en un plazo máximo de 30 días calendarios a partir de la fecha en que se comunica la nulidad del seguro.

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, lo cual será comunicado y debidamente sustentado mediante comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

Artículo 9° Resolución del Contrato de Seguro, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro

El contrato de seguro, Solicitud-Certificado o certificado de seguro podrá resolverse:

9.1 Sin Expresión de Causa





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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, 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.

En caso el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, el CONTRATANTE comunicará su decisión al ASEGURADO, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito que cumplió con dicha comunicación. Igual obligación tendrá el CONTRATANTE de una póliza grupal respecto de los asegurados de la póliza.

En cualquiera de los supuestos antes indicados la resolución se producirá de inmediato en la fecha de comunicada la decisión de resolver el contrato de seguro.

Efecto sobre las primas:

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 caso se solicite la resolución de un seguro masivo, tiene derecho a solicitar la devolución de la prima en función al plazo no transcurrido, en caso corresponda. El CONTRATANTE/ASEGURADO podrá realizar su solicitud de devolución a la COMPAÑÍA en cualquier momento, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, teniendo la COMPAÑÍA un plazo de treinta (30) días a partir de entonces para efectuar la misma. La devolución de la prima se podrá realizar al CONTRATANTE o al ASEGURADO, según corresponda.

En el caso de seguros no masivos, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE/ASEGURADO, según corresponda, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la solicitud de resolución del contrato comunicada por el CONTRATANTE/ASEGURADO.

9.2 Por incumplimiento de las siguientes cargas u obligaciones:

a) Falta de pago de prima.

b) Por agravación del riesgo, salvo los supuestos de excepción en el artículo AGRAVACIÓN DEL RIESGO.¹

¹ 11. AGRAVACION DEL RIESGO

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en su caso, deben notificar por escrito a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si fueran conocidas por ella al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo hubiera hecho en condiciones más gravosas, para lo cual deberá completar la información en la solicitud de seguro e informar los cambios relacionados a la misma en el transcurso de la vigencia.

Comunicada a la COMPAÑÍA la agravación del riesgo, esta debe manifestar al contratante en el plazo de quince (15) días su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. Mientras la COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la COMPAÑÍA opte por resolver el contrato tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

c) Por fraude en la presentación de la solicitud de cobertura.²

Los alcances de las causales a) y c) se encuentran señalados en los Artículos 6° Efectos del Incumplimiento de Pago - Suspensión de la Cobertura y Resolución del Contrato, Artículo 11° Indemnización de los Siniestros; Artículo 25° Solicitud de Cobertura Fraudulenta; 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 AGRAVACION DEL RIESGO de estas Cláusulas Generales de Contratación, donde también constan los efectos sobre las primas. La resolución por este supuesto se dará 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 o Solicitud-Certificado 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:

Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Si se omite comunicar la agravación, la COMPAÑÍA queda liberada de su prestación si el siniestro se produce mientras subsista la agravación del riesgo, excepto que:

- a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo del asegurador.
- c) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo previsto en el artículo 61° de la Ley N° 29946.
- d) La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos a), b) y c) la COMPAÑÍA 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.

² 18. RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO perderá todo derecho previsto en esta Póliza:

18.1 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO presenta una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.

18.2 Si en cualquier tiempo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.

18.3 Si la pérdida o daño ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO de los derechos de Indemnización, o con su complicidad o con su consentimiento.

Sin perjuicio de las acciones que se tome, la COMPAÑÍA deberá evaluar la solicitud de cobertura en el plazo de treinta (30) días establecidos en la norma.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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), en un plazo de treinta (30) días computados a partir de la fecha efectiva de la resolución. 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. La resolución operará de forma inmediata con la notificación de la comunicación previamente mencionada.

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, contados desde la fecha de la resolución efectiva. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el plazo antes señalado.

9.4 En el supuesto previsto del Artículo 4^{o3} sobre Diferencias entre la Propuesta y la Póliza, del presente documento.

3 Artículo 4° Diferencias entre la Propuesta y la Póliza – Observación de la Póliza

4.1 Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si éste no formula reclamo u oposición dentro de los treinta (30) días calendario siguientes de recibida la Póliza.

No obstante lo anterior, la aceptación indicada en el párrafo precedente se presume solo si la COMPAÑÍA advirtió al CONTRATANTE, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días calendario para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por la COMPAÑÍA, se considerarán las diferencias como no escritas, excepto cuando éstas sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

4.2 La eliminación o el rechazo de las diferencias no afectan la eficacia del contrato en lo restante, salvo que comprometan la finalidad económico-jurídica del contrato. En dicho caso, la COMPAÑÍA comunicará la resolución del contrato de seguro al CONTRATANTE en su domicilio o vía correo electrónico, la misma que se producirá treinta (30) días calendario posteriores a la fecha de recibida la mencionada comunicación. La comunicación de resolución del contrato de seguro incluirá el procedimiento para la devolución de la prima y la fecha en la cual se podrá cobrar dicho monto.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Efectos sobre las primas:

LA COMPAÑÍA enviará una comunicación al domicilio o correo electrónico del CONTRATANTE en el transcurso de treinta (30) días a partir del vencimiento del plazo para brindar respuesta a la oposición o reclamo del CONTRATANTE, comunicándole la resolución de la Póliza, el procedimiento para la devolución de la prima y la fecha en la cual podrá cobrar dicho monto.

9.5 En las pólizas grupales, el certificado de seguro o Solicitud-Certificado se resolverá por, o si:

a) Decisión unilateral del ASEGURADO, para lo cual se seguirá el mismo procedimiento señalado en el numeral 9.1 de este artículo.

b) Incumplimiento de las cargas u obligaciones señaladas en el numeral 9.2 de este artículo.

c) El ASEGURADO rechaza la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada, en el supuesto de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa. En este caso, La COMPAÑÍA podrá resolver el certificado de seguro o Solicitud-Certificado 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.

La COMPAÑÍA realizará la devolución a CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, de acuerdo a lo indicado en el presente artículo.

9.6 En caso el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, el contrato se resolverá cuando el ASEGURADO revoque su consentimiento, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito su decisión. La COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha en que se comunicó la revocación del consentimiento

Artículo 11° Indemnización de los Siniestros

(...)

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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 por culpa leve 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 13° Plazos y Renovación

(...)

13.4 La renovación del contrato de seguro no es automática ni obligatoria, salvo que exista cláusula de renovación automática en las Condiciones Generales.

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 a la renovación de la presente póliza.

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 clase o producto, de conformidad con el principio de mutualidad de seguros en el caso de productos sujetos a suscripción. En tal caso, la póliza con la COMPAÑÍA podrá contratarse en un plazo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato anterior (póliza de seguro o EPS 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

Artículo 15° Modificación de Condiciones Contractuales

15.1 DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

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. Para el caso de seguros con renovación automática, en caso el CONTRATANTE no manifieste su rechazo a la propuesta se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA. En este caso, la COMPAÑÍA emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones. En caso de renovación facultativa, no se renovará la póliza sin aceptación expresa del ASEGURADO a los cambios propuestos..

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

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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, siempre que el producto no sea condición para contratar operaciones crediticias, el CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, 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 una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro o Solicitud-Certificado en el caso de pólizas grupales, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida, siempre y cuando no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro/solicitud-certificado respectivamente, podrá emplear, a su consideración, 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 a la fecha en que realizó la solicitud.

Artículo 20° Mecanismos de Solución de Controversias

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE, BENEFICIARIO o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana.

El CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO también podrá acudir a las instancias habilitadas para que presenten sus reclamos o denuncias, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, Defensoría del Asegurado e INDECOPI o SUSALUD según corresponda.

EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede pactar con la COMPAÑÍA el sometimiento de las controversias derivadas del contrato de seguro al arbitraje u otro mecanismo de solución de controversias, conforme a lo dispuesto en la Ley de Seguros, cuando los daños o pérdidas reclamadas a la empresa como consecuencia de un siniestro sean iguales o superiores a 20 UIT.

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 el CONTRATANTE/ASEGURADO perderá su derecho de acción y la COMPAÑÍA quedará liberada de su responsabilidad.

