



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**
República del Perú

14 OCT 2015

Lima, 07 de octubre de 2015

OFICIO N° 38301-2015-SBS

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

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 6148-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2015-35677



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 07 OCT. 2015

Resolución S.B.S
N° 6148-2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RÍMAC) mediante cartas de recibidas con fecha 20 de mayo y 28 de septiembre de 2015, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, 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 a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Oncológico Integral Colectivo";

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

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





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre 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.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

Que, de conformidad con el artículo 9° del Reglamento de Transparencia, la aprobación de condiciones mínimas en los productos personales, obligatorios y masivos será considerada como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas;

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

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

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 RÍMAC ha manifestado mediante comunicación recibida con fecha 28 de septiembre de 2015 que el producto Seguro Oncológico Integral Colectivo se comercializa directamente, por lo que no corresponde incluir la condición referida al derecho de arrentimiento en el modelo de póliza de dicho producto.

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 y el Reglamento de Transparencia;

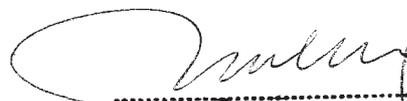
RESUELVE:

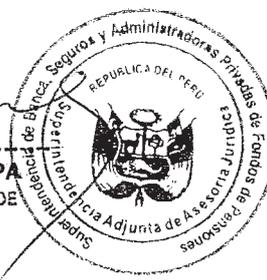
Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Oncológico Integral Colectivo", presentadas por RÍMAC; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de asistencia médica. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° AE0506410392.

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

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA:

(...)

C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

(...)

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

La resolución deja sin efecto el Contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

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

7.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.2. En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. Se considera resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que la ASEGURADORA recibe una comunicación escrita del CONTRATANTE informándole sobre esta decisión. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, El CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

los contratos para solicitar la resolución de la presente póliza, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

Para los supuestos indicados en los literales 7.1., 7.2, el CONTRATANTE tiene la obligación de comunicar al ASEGURADO sobre esta situación y sus consecuencias.

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

7.3. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usaron para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.4. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver el Certificado de Seguro, durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

7.5. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA de manera escrita, en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con la vigencia del Certificado de Seguro, podrá proponer al ASEGURADO modificaciones al Certificado de Seguro, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO no comunique la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El ASEGURADO incurre en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Certificado de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iv) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

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

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

La causal de resolución indicada en el presente numeral está referida a los supuestos mencionados en el artículo 12° de las presentes Condiciones Generales, el cual desarrolla la Solicitud de Cobertura Fraudulenta por parte del asegurado.

- 7.7. Si el ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al ASEGURADO una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) del Certificado de Seguro. La propuesta de revisión deberá ser presentada al ASEGURADO, en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El ASEGURADO tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el ASEGURADO de respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato y/o Certificado de Seguro podrá ser solicitada por:

- El CONTRATANTE (en caso de resolución de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (en caso de resolución del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1 y 7.3. respectivamente, y por la causal descrita en el numeral 7.2. por parte de EL CONTRATANTE.
- La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.4., 7.5., 7.6. y 7.7 precedentes.

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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del ASEGURADO, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, éste deberá presentar su solicitud en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya presentado la solicitud. En ambos casos la devolución se realizará a favor del ASEGURADO.

Para los efectos del reembolso de prima, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

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

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO Y CERTIFICADO DE SEGURO:

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

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro:

- 8.1. Si el CONTRATANTE hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable, conforme a la definición recogida en el Artículo 1 (Definiciones) de las presentes Condiciones Generales.
- 8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO:

- 8.4. Si el ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable, conforme a la definición recogida en el Artículo 1 (Definiciones) de las presentes Condiciones Generales.
- 8.5. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.6. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido la emisión del Certificado de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en los numerales 8.3. y 8.6. precedentes, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar de manera fehaciente dicha causal, mediante una





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

comunicación bajo los medios pactados en esta Póliza, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del Certificado de Seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia de dicho Certificado de Seguro contrato, excede los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la Prima pagada.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

En todos los casos de nulidad del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE sobre la nulidad de los mismos, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

(...)

ARTÍCULO 10°.- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

(...)

10.12. EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

- (i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA: El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por el Certificado de Seguro de esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y ASEGURADO de manera cierta, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el ASEGURADO ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al periodo corrido del Certificado de Seguro.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

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

(...)

ARTÍCULO 13º.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Se considera preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas.

La ASEGURADORA puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o ASEGURADOS por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad (todos los costos relacionados serán asumidos por el ASEGURADO).

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no se considerará como Enfermedad Preexistente, aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una Póliza de Seguro de Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una Compañía de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

- (i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el período inmediatamente anterior;
- (ii) Que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa; y,





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- (iii) Que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya aceptado la prima en atención a las enfermedades preexistentes que serán cubiertas.

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

Se deja constancia que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias

(...)

ARTÍCULO 19°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

(...)

ARTÍCULO 31°.- AVISO DE ENFERMEDAD Y ACTIVACION DEL SEGURO

Para realizar la activación de la cobertura Oncológica, EL ASEGURADO deberá acercarse al módulo de atención de Auditoría Médica ubicado en la Av. Paseo de la República 3505, San Isidro, o a cualquiera de las Plataformas de la ASEGURADORA a nivel nacional llevando consigo el resultado Anatómico Patológico original (debe contener la firma del médico patólogo colegiado con registro de especialista) y la copia del DNI vigente inmediatamente después de conocer o haber sido informado del diagnóstico positivo de cáncer

El plazo máximo estipulado para dar aviso a la COMPAÑÍA será de ciento veinte (120) días calendarios contados a partir de la fecha en que se tome conocimiento del diagnóstico positivo de cáncer, o siete (7) días desde que se toma conocimiento del beneficio. Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa. Asimismo, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización, siempre que exista culpa inexcusable, hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa inexcusable en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Presentado el aviso, la COMPAÑÍA podrá ejercer su derecho de solicitar además de la documentación señalada en el primer párrafo de este artículo, una evaluación y segunda opinión médica sobre la condición de salud del ASEGURADO y sobre su historial médico.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El plazo para la activación de la póliza será de 8 días calendario desde que la ASEGURADORA cuente con el resultado Anatómico Patológico original y la copia del DNI vigente del ASEGURADO en adición a la información que pudo solicitar relacionada a los resultados de la evaluación y segunda opinión médica sobre la condición de salud del ASEGURADO requerida por la compañía.

En caso de no proceder conforme lo indicado en dicho plazo, el ASEGURADO podrá acudir a la vía judicial y/o a la que considere pertinente para hacer valer sus derechos.

(...)

ARTÍCULO 33°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

Una vez activa la cobertura Oncológica, EL ASEGURADO cuenta con las siguientes formas para realizar sus atenciones, mediante Crédito o Reembolso, bajo las siguientes consideraciones:

33.1 ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERU POR CRÉDITO: EL ASEGURADO tendrá que:

- a) Presentarse en cualquier momento, hasta antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza en cualquiera de los proveedores de servicios en salud que otorguen la cobertura.
- b) Presentar su documento de identidad o carné del Seguro.
- c) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Copago y Coaseguro de la cobertura.
El pago del Copago tendrá una vigencia de siete (7) días calendario tanto para la consulta médica como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial.
- d) En caso de Atención Hospitalaria, el proveedor de servicios en salud deberá solicitar una Carta de Garantía, a la ASEGURADORA, presentando la orden de internamiento emitida por su médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto del centro médico correspondiente. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Copagos y el Coaseguros respectivos.

33.2 SOLICITUD DE COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO:

Para la atención de este beneficio, se deberá solicitar a la ASEGURADORA, la respectiva Carta de Garantía presentando el Certificado de Defunción del ASEGURADO y el presupuesto del Proveedor elegido.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

33.3 ATENCIONES HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO: EL ASEGURADO tendrá que:

- a) Una vez activado el seguro, luego de realizada la atención en salud, el ASEGURADO deberá presentar a la ASEGURADORA la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: www.rimac.com.pe.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- b) El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido y en caso de atención hospitalaria, se debe presentar la historia clínica completa.
Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.
- c) Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al Tarifario Rimac, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe.
- d) La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud.
- e) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho período comprende:
 - i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.
 - ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.
- f) En caso que la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la ASEGURADORA podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, dentro de los referidos treinta días.
- g) Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.
- h) Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.
- i) En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente constituidos del ASEGURADO.

