



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

Lima, 13 de septiembre de 2021

## **RESOLUCIÓN SBS** **N° 02726-2021**

*La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica*

### **VISTA:**

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 20 de julio de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Protección Accidental", registrado con Código SBS N° AE0506110285, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4559 - 2015 de fecha 12 de agosto de 2015.

### **CONSIDERANDO:**

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 20 de julio de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Protección Accidental", registrado con Código SBS N° AE0506110285;

Que, a través de la Resolución SBS N° 4559 - 2015 de fecha 12 de agosto de 2015, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal y masivo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, cualquier solicitud de modificación de la documentación incorporada al Registro, se sujetará a los mismos plazos y condiciones señalados en los Subcapítulos II y III de dicho Reglamento; esto es, a los procedimientos de aprobación administrativa previa o revisión posterior, según corresponda. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación, la Compañía no puede emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

Que, por su parte, el artículo 17° del referido Reglamento establece los documentos que las empresas deben presentar a esta Superintendencia a efectos de modificar los modelos de las pólizas;

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

Que, considerando que nos encontramos ante una póliza de accidentes personales, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas contempladas en





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

los incisos 2 y 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (en adelante, el Reglamento de Conducta), referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud y al derecho de revocación del consentimiento del asegurado aplicable a los seguros de vida, respectivamente;

Que, la presente resolución aprueba las condiciones mínimas previstas en los artículos 5 y 19, y modifica las de los artículos 7, 8, 14 y 24 del Condicionado General del producto "Protección Accidental", sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, estando a lo opinado por el Departamento de Asesoría y Supervisión Legal y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por la Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento de Registro de Pólizas de Seguro;

## RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar las condiciones mínimas previstas en los artículos 5 y 19, y la modificación de las contempladas en los artículos 7, 8, 14 y 24 del Condicionado General del producto "Protección Accidental", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4559 - 2015 de fecha 12 de agosto de 2015, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

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

**Artículo Tercero.-** Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto "Protección Accidental" modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese.

**MILA GUILLEN RISPA**  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

## ANEXO N° 1 CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

### CONDICIONES GENERALES

(...)

**ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:**

(...)

#### 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.

#### D. Renovación Automática de la Póliza:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, 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 al término de la vigencia de la Póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la ASEGURADORA. En dicho caso, la ASEGURADORA emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

En caso la propuesta de modificación enviada por la ASEGURADORA sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

En el caso que el CONTRATANTE, no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a la ASEGURADORA en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia y en el caso de fraccionamiento de la prima que no existan cuotas impagas; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

### ARTICULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA):





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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:

7.1 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito, pudiendo ser la misma en soporte físico o digital, a la ASEGURADORA. La resolución solicitada surtirá efecto luego de transcurridos treinta (30) días de presentada la comunicación. 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 Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

7.3 Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada de forma escrita a la ASEGURADORA en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. El Contrato se considerará resuelto a los quince (15) siguientes a la fecha en que el ASEGURADO reciba una comunicación de parte de la ASEGURADORA informándole sobre su decisión de resolver el Contrato. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.

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 Contrato y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución, la cual se indicará en dicha comunicación.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurran en la omisión o demora sin culpa 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 Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iv. La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

7.4 Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas:

- LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso se presente una solicitud de cobertura fraudulenta por parte del ASEGURADO TITULAR. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.
- LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO DEPENDIENTE (en caso de haberlo) presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución; ello sin perjuicio de la respuesta a la solicitud de cobertura presentada, la cual se realizará según los plazos de ley. 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.

7.5 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, LA ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza. La propuesta de revisión presentada al CONTRATANTE, deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE 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 la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE de respuesta a la revisión propuesta. La resolución del contrato se producirá a los treinta (30) días de recibida la comunicación con la decisión de la ASEGURADORA, correspondiéndole a ésta la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.6 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, presentando 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 contrato quedará resuelto a los treinta (30) días de comunicada su decisión a la ASEGURADORA. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

- a. El CONTRATANTE en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1 y 7.6 precedentes.
- b. La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.3., 7.4., y 7.5 precedentes.

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





# 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 CONTRATANTE, 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, de conformidad a lo establecido en el numeral 7.1, la ASEGURADORA procederá con el reembolso de la prima en función al periodo no transcurrido, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya presentado la solicitud de resolución.

Si la resolución hubiera sido invocada por el CONTRATANTE en base al artículo 7.6, éste deberá presentar su solicitud de reembolso 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. La solicitud de reembolso podrá ser presentada de manera conjunta con la solicitud de resolución. El plazo con que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud de reembolso. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

## ARTICULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro desde el inicio de vigencia, debido a que existía una causal al momento de su celebración que hubiera impedido su celebración o modificado sus condiciones, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

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

Para el caso descrito en el literal c) precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal a través de un medio fehaciente, plazo que iniciará desde que la ASEGURADORA conoce de la reticencia o declaración inexacta, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- 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





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a La ASEGURADORA el importe total de la suma recibida.

- La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) a través del mismo medio utilizado para el pago de las primas, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el Contrato sea declarado nulo, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por La ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

## ARTÍCULO 10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO

(...)

### 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 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/O ASEGURADO de manera cierta, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

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

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

#### ii. RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA).-

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

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

### ARTICULO 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una Nota de Cobertura Provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma.

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

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

## ARTICULO 18. 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, ASEGURADO 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.

(...)

## ARTICULO 19. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro. En el caso de las coberturas que cubran riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción se computa desde que se conoce la existencia del beneficio.

## ARTICULO 24. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO

### 24.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA y/o al Comercializador, a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

## 24.2 SOLICITUD DE COBERTURA:

Para atender las solicitudes de cobertura de Muerte Accidental se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias o en los correos electrónicos detallados en el Resumen del presente condicionado, y/o al Comercializador, los siguientes documentos:

- A. Copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado, emitida por RENIEC.
- B. Copia Fedateada de la Historia Clínica completa del Asegurado, correspondiente al centro médico donde se brindó la atención.
- C. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento de los Beneficiarios menores de edad que carezcan de DNI.
- D. En caso los Beneficiarios sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, según corresponda, y Copia Literal de la inscripción definitiva en Registros Públicos. Asimismo, en caso que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, se deberá presentar copia literal de la partida registral donde consta inscrito dicho acto.
- E. Copia Certificada del Atestado Policial emitida con las formalidades de Ley y de las diligencias fiscales, en caso corresponda.
- F. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en caso se haya realizado.
- G. Copia Certificada del Resultado del Dosaje Etílico, emitido por la dependencia policial correspondiente; en tanto se le haya practicado dicho examen al ASEGURADO cuando estaba con vida, y sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el conductor del vehículo haya sido el Asegurado. (solo en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental).
- H. Copia Certificada del Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, emitido por la Morgue, cuando el ASEGURADO ha fallecido como consecuencia del accidente y no se le pudo practicar el Dosaje Etílico (solo en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental). No aplica si el ASEGURADO viaja en calidad de pasajero de un medio de transporte público o aéreo.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la Copia Fedateada de la Resolución Judicial de Muerte Presunta junto con la





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

correspondiente Copia Certificada de la Partida de Defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de dicha documentación.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

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

## 24.3 PAGO DE SINIESTRO:

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

La COMPAÑÍA podrá requerir aclaraciones y/o precisiones adicionales respecto de la documentación e información ya presentada por el ASEGURADO, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información solicitada.

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

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

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

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

Una vez consentido o aprobado el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda, en caso contrario la ASEGURADORA deberá pagar un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de acuerdo a la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de mora.





**SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 12 AGO. 2015

*Resolución S.B.S*

*N° 4559-2015*

*El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica*

**VISTOS:**

La solicitud presentada por Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fechas 15 de julio de 2014, 01 de julio de 2015 y 17 de julio de 2015, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Protección Accidental - Soles", registrado con Código SBS N° AE0506110285 y, consecuentemente, registrar la modificación por adecuación;

**CONSIDERANDO:**

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

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

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

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





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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

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

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente 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 esta Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente





# SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

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

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

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

## RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar las Condiciones Mínimas correspondientes al modelo de póliza de seguro del producto denominado "Protección Accidental - Soles", registrado con Código SBS N° AE0506110285 contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de accidentes personales.

**Artículo Segundo.-** La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación por adecuación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Protección Accidental - Soles", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos sesenta (60) días calendario de notificada la presente Resolución.

Asimismo, en observancia de lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, en las pólizas que emita utilizando el mencionado modelo de póliza de seguro modificado, deberá consignar junto al código de registro lo siguiente: "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias".

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

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





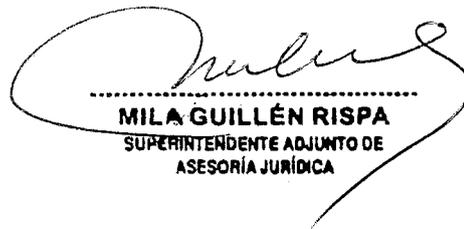
# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

presente Resolución, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria y el artículo 18 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Regístrese y comuníquese.

  
-----  
**MILA GUILLÉN RISPA**  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE  
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

**ANEXO N° 1**

**CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:

(...)

**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.

(...)

ARTICULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA):

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:

- 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. La resolución solicitada surtirá efecto luego de transcurridos treinta (30) días de presentada la comunicación. 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. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- 7.3. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada de forma escrita a la ASEGURADORA en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.





# SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 Contrato y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurran en la omisión o demora sin culpa 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 Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iv) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

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

7.4. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas:

- LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso se presente una solicitud de cobertura fraudulenta por parte del ASEGURADO TITULAR. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.
- LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO DEPENDIENTE (en caso de haberlo) presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita 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 periodo efectivamente cubierto, debiendo LA ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al periodo no corrido.

7.5. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza. La propuesta de revisión presentada al CONTRATANTE, deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE 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 la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE de respuesta a la revisión propuesta. La





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

resolución del contrato se producirá a los treinta (30) días de recibida la comunicación con la decisión de la ASEGURADORA, correspondiéndole a ésta la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.6 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, presentando 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 contrato quedará resuelto a los treinta (30) días de comunicada su decisión a la ASEGURADORA. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

- a) El CONTRATANTE en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1 y 7.6 precedentes.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.3., 7.4., y 7.5 precedentes.

Producida la resolución del Contrato de Seguro, 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 que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, 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, éste deberá presentar su solicitud de reembolso 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 haya presentado la solicitud de reembolso.

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

### ARTICULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro desde el inicio de vigencia, debido a que existía una causal al momento de su celebración que hubiera impedido su celebración o modificado sus condiciones, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

Si el CONTRATANTE, hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.  
Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal a través de un medio fehaciente, plazo que iniciará desde que la ASEGURADORA conoce de la reticencia o declaración inexacta, se haya producido o no el siniestro.

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

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- 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 el importe total de la suma recibida.
- La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por La ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

### ARTICULO 10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

(...)

#### 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 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/O ASEGURADO de manera cierta, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

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





**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 DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA).-

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

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

ARTICULO 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una Nota de Cobertura Provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

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

ARTICULO 18. 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, ASEGURADO 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.





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

ARTICULO 24. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO:

24.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA, a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

24.2 SOLICITUD DE COBERTURA:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado) los siguientes documentos:

- a) Copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado (en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental o doble indemnización por muerte accidental en transporte público o triple indemnización por muerte accidental en transporte aéreo).
- b) Copia Fedateada de la Historia Clínica completa del Asegurado, (en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental o doble indemnización por muerte accidental en transporte público o triple indemnización por muerte accidental en transporte aéreo o Renta Hospitalaria por Accidente).
- c) Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento de los Beneficiarios menores de edad que carezcan de DNI (en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental o doble indemnización por muerte accidental en transporte público o triple indemnización por muerte accidental en transporte aéreo).
- d) Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de Beneficiarios menores de edad) (en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental o doble indemnización por muerte accidental en transporte público o triple indemnización por muerte accidental en transporte aéreo).





# SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- e) En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, según corresponda, y Copia Literal de la inscripción definitiva en Registros Públicos (en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental o doble indemnización por muerte accidental en transporte público o triple indemnización por muerte accidental en transporte aéreo). Asimismo, en caso que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, se deberá presentar copia literal de la partida registral donde consta inscrito dicho acto.
- f) Copia del Atestado Policial emitida con las formalidades de Ley y de las diligencias fiscales, en caso de corresponder (en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental o doble indemnización por muerte accidental en transporte público o triple indemnización por muerte accidental en transporte aéreo o Renta Hospitalaria por Accidente).
- g) Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado, (en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental o doble indemnización por muerte accidental en transporte público o triple indemnización por muerte accidental en transporte aéreo)
- h) Copia Certificada del Resultado del Dosaje Etílico; en tanto se le haya practicado dicho examen al ASEGURADO cuando estaba con vida, y sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el conductor del vehículo haya sido el Asegurado. (en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental o Renta Hospitalaria por Accidente).
- i) Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, cuando el ASEGURADO ha fallecido como consecuencia del accidente y no se le pudo practicar el Dosaje Etílico (en caso de solicitud de cobertura por muerte accidental o Renta Hospitalaria por Accidente). No aplica si el ASEGURADO viaja en calidad de pasajero de un medio de transporte público o aéreo.

Adicionalmente, para efectos de proceder con la solicitud de cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente se deberá entregar a la COMPAÑÍA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen de las presentes condiciones generales), los siguientes documentos (todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses de expedidos):

- A. Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Factura o Boleta de Venta del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización.
- B. Original del Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
- C. Copia simple del Documento Nacional de Identidad del asegurado

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

### Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

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

### 3 PAGO DE SINIESTRO:





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación e información completa exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir (i) Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías entre otros) (ii) Informe médico ampliatorio y/o cualquier aclaración o precisión adicional respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, para lo cual deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

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

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

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

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

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda, en caso contrario la ASEGURADORA deberá pagar un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de acuerdo a la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de mora.

