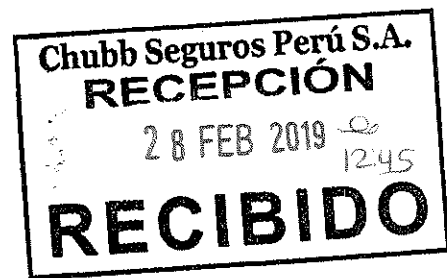




SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú



Lima, 25 de febrero de 2019

OFICIO N° 07665-2019-SBS

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

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 0735-2019 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General



epa



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 25 FEB. 2019

Resolución S.B.S

N° 735 - 2019

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, La Compañía) con fecha 21 de noviembre de 2018, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), 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, así como sus modificatorias, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Vida Integral"; también denominado "Crédito Protegido" y "Vida Crédito Seguro";

CONSIDERANDO:

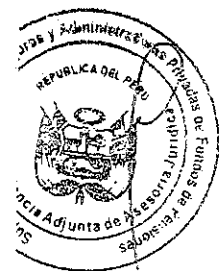
Que, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro aprobada por Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde 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,





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículo 78 de la Ley de Seguros.

k. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, de corresponder.

l. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.

m. 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;





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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

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

Que, considerando que el producto "Seguro Vida Integral" es uno de Vida Grupo Particular, no corresponde la aprobación de la condición mínima a que se refiere el literal b) del artículo 10 del Reglamento de Transparencia; referida al Tratamiento de Preexistencias, al no tratarse de un seguro de salud;

Estando a lo opinado por el Departamento de 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; la Ley de Seguros y el Reglamento de Transparencia;

RESUELVE:


Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse la póliza de seguro del producto denominado "Seguro Vida Integral", presentadas por La Compañía. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° VI2037200158.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro Vida Integral", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso la Compañía decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los sesenta (60) días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

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**

CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN APLICABLES A LOS SEGUROS DE VIDA

Artículo 3° Bases del Contrato

(...)

3.8 En caso el CONTRATANTE y ASEGURADO sean personas distintas, se requiere el consentimiento del ASEGURADO, dado por escrito, para la celebración del contrato. Se precisa que el ASEGURADO puede revocar por escrito, su consentimiento, en cualquier momento. En dicho supuesto, el contrato quedará resuelto desde la fecha de recepción del documento por el cual el ASEGURADO manifiesta su revocación. El CONTRATANTE tiene derecho a recibir la devolución de la prima no devengada.

Artículo 4° Nulidad del Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro

4.1 Será nulo el Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro por:

a) Ausencia de interés asegurable

Actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o del certificado de seguro, al inicio de sus efectos.

b) Inexistencia del Riesgo

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

c) Retención y/o declaración inexacta dolosa

De circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, que hubiese impedido el contrato y/o certificado de seguro, modificado sus condiciones, si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, en tanto haya sido efectuado con dolo o culpa inexcusable. Para este caso, la COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que la COMPAÑÍA toma conocimiento de la retención o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento de la COMPAÑÍA debe ser notificado por medio fehaciente.

Cabe precisar que se consideran dolosas aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la Solicitud de Seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

d) Declaración inexacta de la edad al momento de la entrada en vigencia del seguro, según lo establecido en el Artículo 6° siguiente¹.

¹ Artículo 6° Declaración Inexacta de la Edad

6.1 La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del contrato, 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.

6.2 Si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la COMPAÑÍA se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la COMPAÑÍA está obligada a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Efectos sobre la prima

En caso de nulidad de la Póliza o del Certificado de Seguro por las causales descritas en los literales a), b) y d) la COMPAÑÍA devolverá el importe de las primas pagadas establecido en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda, en el plazo de quince (15) días de producida la nulidad, ya sea en efectivo o mediante abono en la cuenta bancaria que le proporcione el CONTRATANTE y/o ASEGURADO. En el caso del numeral c) las primas pagadas quedan adquiridas por la COMPAÑÍA para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

4.2. Pérdida de Derechos Indemnizatorios

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

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ya hubiera cobrado la indemnización por algún siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedará automáticamente obligado frente a la COMPAÑÍA a devolver lo indebidamente percibido, conjuntamente con los intereses legales.

Artículo 10° Derecho de Arrepentimiento

Si la Póliza o el Certificado de Seguro han sido ofertados por comercializadores de la COMPAÑÍA, o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, o mediante bancaseguros, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del contrato o del certificado de seguro, según corresponda, sin necesidad de expresión de causa ni penalidad alguna.

El derecho de arrepentimiento se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o nota de cobertura provisional en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales, siempre que las mismas no sean condición para contratar operaciones crediticias. En los casos precedentes, corresponde a la COMPAÑÍA la devolución total de la prima recibida.

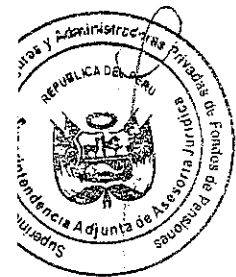
Para estos fines, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que quiera ejercer su derecho de arrepentimiento podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro o certificado de seguro, según corresponda. Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerzan su derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará en la forma indicada por éstos, y en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la solicitud.

Artículo 12° Modificación de Condiciones Contractuales

12.1 DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato.

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

12.2 AL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE VIGENCIA

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

En el caso de seguros grupales la COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y esta deberá poner en conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Artículo 16° Efectos del Incumplimiento de Pago de las Primas – Suspensión de la Cobertura y Resolución del Contrato y/o Certificado de Seguro

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

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

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

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

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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Artículo 18° Resolución del Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro

El contrato de seguro y/o certificado de seguro podrá resolverse:

18.1 Sin Expresión de Causa

El CONTRATANTE en cualquier momento podrá solicitar la resolución del contrato; lo cual deberá realizarse por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con una anticipación de treinta (30) días calendario, utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. En los seguros grupales, igual derecho tiene el ASEGURADO para desvincularse del contrato resolviendo el certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimiento señalado.

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

Efecto sobre las primas:

La COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido y tiene obligación de devolverla en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), en cuyo caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO según sea el caso, deberá solicitarlo a la COMPAÑÍA por escrito, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza, teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días para efectuar la devolución.

18.2 Por incumplimiento de las siguientes cargas u obligaciones:

- a) Falta de pago de prima.
- b) Por agravación del riesgo, con excepción de lo estipulado en el artículo AGRAVACIÓN DEL RIESGO.
- c) Por fraude en la presentación de la solicitud de cobertura.

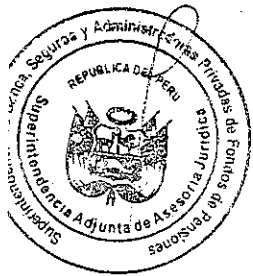
Los alcances de las causales a) y c) se encuentran señalados en los artículos sobre EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LAS PRIMAS – SUSPENSIÓN, RESOLUCIÓN DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO, INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS y SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO, de este condicionado, respectivamente. En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

El alcance sobre la causal b) se encuentra señalado en el artículo sobre AGRAVACIÓN DEL RIESGO de estas Cláusulas Generales de Contratación, donde también constan los efectos sobre las primas. La resolución por este supuesto se dará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al CONTRATANTE y siempre que se haya hecho dentro de los quince (15) días siguientes de haber tomado conocimiento la COMPAÑÍA de la agravación del riesgo.

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

Efectos sobre las primas:

En el supuesto del literal a) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En el supuesto del literal b) precedente, la





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

COMPANÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. En el supuesto del literal c) precedente, la COMPANÍA tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

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

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

Efecto sobre las primas:

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

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

18.4 Si no existe acuerdo entre las partes sobre las Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza, o si la COMPANÍA no atiende el reclamo u oposición del CONTRATANTE respecto de las diferencias entre la propuesta u oferta y la Póliza en un plazo máximo de quince (15) días calendario de haber recibido la misma, de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 9.2 del Artículo 9° del presente documento².

Efectos sobre las primas:

LA COMPANÍA enviará una comunicación al domicilio o correo electrónico del CONTRATANTE en el transcurso de treinta (30) días a partir del vencimiento del plazo para brindar respuesta a la oposición o

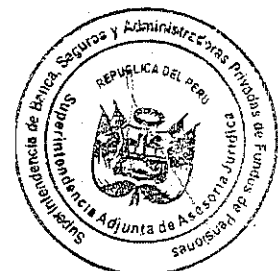
² Artículo 9° Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza – Observación de la Póliza

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

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

9.2 Si el CONTRATANTE formula el reclamo u oposición a que se refiere el numeral anterior, se requerirá el consentimiento de la COMPANÍA para mantener los términos de la propuesta y/u oferta. Si la COMPANÍA no atiende el reclamo u oposición en el plazo de quince (15) días calendario de haber recibido la misma, cuando afecte la finalidad económico-jurídica del contrato, se resolverá la póliza, en cuyo caso se deberá proceder a la devolución de la prima. Para realizar la devolución antes mencionada, la COMPANÍA enviará una comunicación al domicilio o correo electrónico del CONTRATANTE en el transcurso de treinta (30) días a partir del vencimiento del plazo indicado en el párrafo anterior, comunicándole la resolución de la póliza, el procedimiento para la devolución de la prima y la fecha en la cual podrá cobrar dicho monto.

9.3 La eliminación o el rechazo de las diferencias no afectan la eficacia del contrato en lo restante, salvo que comprometan la finalidad económico-jurídica del contrato.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

reclamo del CONTRATANTE, comunicándole la resolución de la Póliza, el procedimiento para la devolución de la prima y la fecha en la cual podrá cobrar dicho monto.

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

- a) Decisión unilateral del ASEGURADO, para lo cual se seguirá el mismo procedimiento señalado en el numeral 18.1 de este artículo.
- b) Incumplimiento de las cargas u obligaciones señaladas en el numeral 18.2 de este artículo.
- c) El ASEGURADO rechaza la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada, en el supuesto de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa.

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

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

Artículo 20° Indemnización de los Siniestros

(...)

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

20.6 La COMPAÑÍA tendrá un plazo de treinta (30) días calendario para comunicar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario sobre la aprobación o el rechazo del siniestro. Dicho plazo se cuenta desde que la COMPAÑÍA recibió la documentación e información completa requerida para solicitar la cobertura, señalado en el artículo sobre el AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

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

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

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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Además se precisa que:

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

Artículo 24° Mecanismos de Solución de Controversias

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

Artículo 29° Prescripción

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben a los diez años, según lo señala la legislación peruana. En consecuencia, vencido dicho plazo, la COMPAÑÍA queda liberada de cualquier responsabilidad emanada de esta Póliza.

En los casos en que se cubra el fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que éste conoce la existencia del beneficio.

CONDICIONES GENERALES

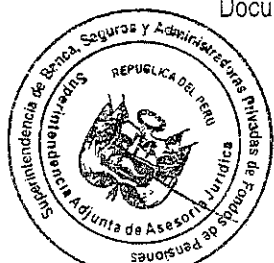
Artículo 5° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

I) Aviso del siniestro: EL CONTRATANTE y/o los BENEFICIARIOS deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde el conocimiento del mismo, o de conocido el beneficio, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 11 del artículo 20° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.

II) Documentos: Posteriormente, para efectuar la Solicitud de Cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador, según corresponda, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada). Los BENEFICIARIOS podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

a) En caso de Muerte Natural:

Documentación a presentar por el Beneficiario Titular o Beneficiarios Adicionales:





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder o ante la ausencia de dicho documento la Ficha Reniec del ASEGURADO.
- Acta o Partida de Defunción;
- Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad Financiera;
- Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s)
- Certificado Médico de Defunción completo;
- Documento médico en el que conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad que desencadenó el fallecimiento, según corresponda.

b) En caso Muerte Accidental, se deberá presentar:

- Documentación a presentar por el Beneficiario Titular o Beneficiarios Adicionales
- Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder o ante la ausencia de dicho documento la Ficha Reniec del ASEGURADO.
- Acta o Partida de Defunción;
- Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad Financiera;
- Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s)
- Atestado Policial Completo, según corresponda;
- Protocolo de Necropsia completo, según corresponda;
- Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico; según corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

En caso a la fecha de siniestro el ASEGURADO no haya indicado expresamente a los Beneficiarios Adicionales en el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, a efectos de brindar la cobertura que corresponde, será necesario que los herederos legales o testamentarios presenten, además de los documentos antes señalados en cada cobertura, según corresponda, lo siguiente:

- Documento de Identidad del (los) herederos legales o testamentarios,
- Copia Literal de la Inscripción Definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda;

La COMPAÑÍA podrá disponer la presentación de menos documentos obligatorios a los indicados en el presente documento, indicándose ello en la Solicitud Certificado o Certificado de Seguro. En dicho supuesto, el BENEFICIARIO deberá presentar solo los documentos detallados en la Solicitud Certificado o Certificado de Seguro.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Artículo 7° Renovación Automática

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

