SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

17 NOV 2014

Lima, 12 de noviembre de 2014

OFICIO N° 41689-2014-SBS

Señor
Gerente General
RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS
Las Begonias Nº 475
San Isidro

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS Nº 7537-2014 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones
REPÚBLICA DEL PERÚ
Secretaría General

epa

Expediente N° 2014-3370

SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 12 NOV. 2014

Resolución S.B.S
N° 7537-2014
El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 15 de enero y 29 de octubre de 2014, 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 "Seguro Indemnizatorio de Enfermedades Graves Oncológico – Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506420273 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 relacionadas a los siguientes aspectos:

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

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511)6309000 Fax: (511) 6309239

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, que deberá incluirse en forma destacada en el caso de los seguros ofertados por los comercializadores.

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

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

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 "Seguro Indemnizatorio de Enfermedades Graves Oncológico – Dólares" 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;

Que, considerando que las coberturas del presente producto tienen únicamente carácter indemnizatorio, no corresponde aprobar la cláusula sobre tratamiento de preexistencias a que se refiere el artículo 10 literal b) del Reglamento de Transparencia;

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

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General; la Ley de Contratos de Seguro, 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 "Seguro Indemnizatorio de Enfermedades Graves Oncológico – Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506420273 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 asistencia médica.

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 "Seguro Indemnizatorio de Enfermedades Graves Oncológico – Dólares", 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 60 (sesenta) 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 a "Seguro Indemnizatorio de Enfermedades Graves Oncológico – Dólares", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de 60 (sesenta) días calendario indicado en el artículo anterior, conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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 60 (sesenta) días calendario de notificada la 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

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

ANEXO Nº 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

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

En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

(...)

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA):

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

7.2. 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.

Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada de manera 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

Los Laureles Nº 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

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.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO o CONTRATANTE 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 incurren 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:

7.4.1 LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO TITULAR presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

7.4.2 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 en los numerales 7.4.1 y 7.4.2, 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 período efectivamente cubierto, debiendo LA ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

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 deberá ser presentada al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE tiene un

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

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 luego 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. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, El CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución de la presente póliza, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

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. al 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.

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

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

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

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

El Contrato de Seguro será nulo:

8.1. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE 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 numeral 8.3. precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. El pronunciamiento deberá ser notificado por medio fehaciente.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

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

(...)

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

(...)

10.12. EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

(i) **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:** El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por 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 que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

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

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

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

(ii) **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA:** 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 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.

(...)

ARTÍCULO 13°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho(s) canal(es) 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.

(...)

ARTÍCULO 17°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del ASEGURADO; su denuncia, consulta o reclamo, según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

(...)

ARTÍCULO 25°.- AVISO DE ENFERMEDAD - SINIESTRO

El ASEGURADO o BENEFICIARIO o HEREDERO deberá dar aviso del siniestro (diagnóstico Anátomo Patológico), por escrito a la ASEGURADORA. El plazo para dar aviso de siniestro se computa de la siguiente manera:

a) ciento veinte (120) días calendario después de la fecha de ocurrencia del siniestro; o
b) siete (7) días calendario desde que BENEFICIARIO o HEREDERO conoce el beneficio.

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa o debida a culpa inexcusable; salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, para el caso en que la demora se deba a culpa inexcusable. Asimismo, en caso la ASEGURADORA sufra un perjuicio debido a que el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDEROS, según corresponda, incumpla, por culpa leve, con la obligación de dar aviso a la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados, esta podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización

ARTÍCULO 26°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

Sin perjuicio de lo estipulado en el Artículo 25°, a efectos de solicitar el pago de la Indemnización el ASEGURADO deberá presentar lo siguiente, en su totalidad:

1. Presentar copia de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza. La evidencia sobre la ocurrencia de cualquier evento ASEGURADO cubierto por esta Póliza debe ser sustentada por:

- Médico especialista debidamente registrado en Perú, sin que éste sea el CONTRATANTE de la Póliza, el mismo ASEGURADO o cónyuge o conviviente o pariente hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
- Investigaciones confirmatorias, así como evidencias clínicas, radiológicas, histológicos y de laboratorio.

2. Fotocopia del Documento de Identidad del ASEGURADO.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO posterior al periodo de carencia y antes de la liquidación del siniestro, los Beneficiarios establecidos en el Condicionado Particular y/o en la Solicitud – Certificado, deberán presentar los mismos documentos anteriores, además de lo siguiente:

a) Original o Copia Certificada del Certificado de Defunción.
b) Copia de sus Documentos Nacionales de Identidad. Si fueran extranjeros el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
En caso que el ASEGURADO no haya designado Beneficiarios, serán los herederos legales, quienes presentarán además de los requisitos anteriores, la inscripción definitiva de la Declaratoria de Herederos, ya sea por Sucesión Intestada o por Testamento.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses.

Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo a los requisitos anteriores, deben ser legalmente reconocidos.

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

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pronunciamiento respecto a la procedencia del pago hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El ASEGURADO deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la ASEGURADORA solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico. El ASEGURADO se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la ASEGURADORA, incluyendo las de HIV/SIDA y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la ASEGURADORA, incluyendo la referida al HIV/SIDA. Los exámenes médicos descritos en el presente párrafo deberán solicitarse según lo establecido en el párrafo precedente.

La ASEGURADORA declara que la información obtenida referida al diagnóstico de HIV/SIDA será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita cobertura.

Una vez obtenida la documentación e información que solicitara la ASEGURADORA, según lo establecido en el párrafo precedente, y en caso que ésta no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días con que cuenta para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro se entenderá que éste ha quedado consentido, salvo que se solicite la prórroga de dicho plazo.

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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, 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 91° 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

corresponda, en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, y siempre durante el periodo de prórroga, la diferencia será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte en un periodo no mayor de tres (03) días (los honorarios de los peritos serán asumidos por la ASEGURADORA). Los médicos designados por las partes tendrán un plazo de siete (07) días para presentar su informe. En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los tres (03) días siguientes, un tercer perito médico, el que deberá dar su diagnóstico dentro del plazo de siete (07) días posteriores a su designación. El resultado del informe será comunicado al CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, en un plazo no mayor de siete (07) días útiles de conocido el resultado por la ASEGURADORA.

Si el tercer perito médico concluye que el diagnóstico no forma parte de la cobertura contratada, el siniestro será rechazado (los honorarios del perito serán asumidos por la ASEGURADORA). Si el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, no está de acuerdo con el rechazo podrá aplicar cualquiera de los mecanismos de solución de controversias establecidos en la póliza.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerida por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente – previa intimación a la otra – procederá a su designación.

En caso de consentimiento del 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.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239

SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y
ADMINISTRADORAS PRIVADAS DE FONDOS DE PENSIONES

TRANSCRIPCIÓN

Fecha 12 NOV. 2014

Señor: Rímac Seguros y Reaseguros

Cumplo con remitirle para su conocimiento y fines consiguientes la presente fotocopia del Resolución N° 7537-2014 de fecha 12 NOV. 2014

Esta copia es Transcripción oficial
Atentamente

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones
REPUBLICA DEL PERU
Secretaría General

SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y
ADMINISTRADORAS PRIVADAS DE FONDOS DE PENSIONES

MARCO OJEDA PACHECO
SECRETARIO GENERAL