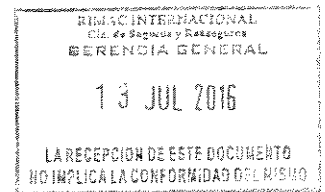




SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú



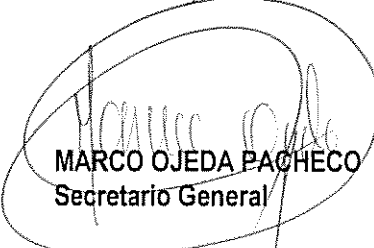
Lima, 11 de julio de 2016

OFICIO N° 26290-2016-SBS

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

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 3781-2016 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2016-24851



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 11 JUL. 2016

Resolución S.B.S

N° 3781 - 2016

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La comunicación presentada por Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante carta recibida con fecha 15 de abril de 2016, por la cual solicita la modificación del producto "Asistencia Médica, Colectivas (Seguro Médico) - Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506420044, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 3005-2015.

CONSIDERANDO:

Que, mediante carta recibida con fecha 15 de abril de 2016, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Asistencia Médica, Colectivas (Seguro Médico) - Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506420044;

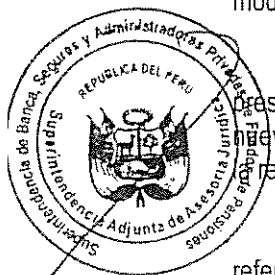
Que, a través de la Resolución SBS N° 3005-2015, esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada 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 de Seguros y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas, 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 notificada la incorporación del nuevo contenido del modelo de póliza en el Registro, las empresas no podrán comercializar el anterior modelo de pólizas;

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 de Registro de Pólizas, 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, la presente resolución modifica la condición mínima referida a la información mínima y documentación a presentar para el otorgamiento de la cobertura así





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

como el plazo y procedimiento para el mismo, que se contemplaba en el artículo trigésimo segundo del Condicionado General, aprobada mediante Resolución SBS N° 3005-2015 de fecha 02 de junio de 2015. Dicho contenido se recoge, en virtud de la modificación solicitada por la Compañía, en el actual artículo trigésimo quinto del Condicionado General y el primer anexo que acompaña las condiciones generales del producto "Asistencia Médica, Colectivas (Seguro Médico) - Dólares", contemplados en la presente resolución;

En consecuencia, 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:

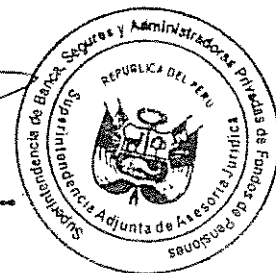
Artículo Primero.- Aprobar la modificación del artículo trigésimo segundo del Condicionado General (artículo trigésimo quinto en el actual modelo de póliza y parte del primer anexo que acompaña las condiciones generales) del producto "Asistencia Médica, Colectivas (Seguro Médico) - Dólares", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 3005-2015 de fecha 02 de junio de 2015, solicitada por la Compañía; artículo y condiciones que se incorporan al producto constan en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer de la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Asistencia Médica, Colectivas (Seguro Médico) - 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 treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Asistencia Médica, Colectivas (Seguro Médico) - Dólares" modificado, conjuntamente con la Resolución SBS N° 3005-2015 y la presente Resolución; 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.

FERNANDO MERINO NUÑEZ
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA (s.l.)





ANEXO I
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAS

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

(...)

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

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

La propuesta de cambio en condiciones contractuales durante la vigencia de la póliza se realizará en caso la siniestralidad del CONTRATANTE supere la siniestralidad objetivo especificado en las Condiciones Generales y Plan de Beneficios.

En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, para lo cual y de manera previa, la ASEGURADORA proporcionará al CONTRATANTE la información suficiente para esta finalidad.

(...)

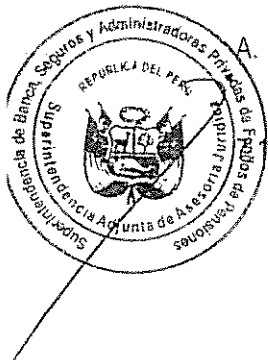
ARTÍCULO 7º.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO):

RESOLUCION CONTRACTUAL

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:

RESOLUCION DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, de cumplirse alguna de las siguientes causales:

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 uso para la contratación del seguro. Le corresponde





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

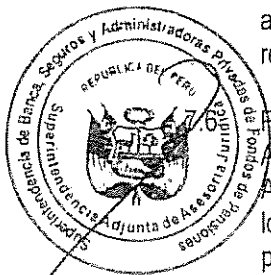
- 7.2 Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación por escrito 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 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 resolverla en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La resolución podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. El contrato quedará resuelto a los 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.
- 7.4 Si el Contratante realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza la cual deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computado 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. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución

En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

B. **RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO:** Aplica la resolución del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

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

Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Certificado de Seguro, podrá





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

proponer al CONTRATANTE, modificaciones al Certificado de Seguro, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO 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:

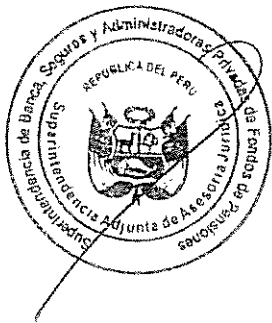
- i) El CONTRATANTE o ASEGURADO incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del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

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.

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

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

- 7.8 Si el 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 ASEGURADO, una propuesta de revisión (reajuste y/o modificación de primas) del Certificado de Seguro. La propuesta de revisión deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El ASEGURADO tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que éstos dieran respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

- a) El CONTRATANTE (respecto de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (respecto del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1. y 7.5. Asimismo, EL CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del Contrato de Seguro, en caso se presente la causal descrita en el numeral 7.3. precedente.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.4., 7.6, 7.7 y 7.8 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 ASEGURADO y/o EL CONTRATANTE, según corresponda, éste último 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 se haya presentado la solicitud. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

La ASEGURADORA se libera de responsabilidad por los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de resolución del Contrato de Seguro o del Certificado de Seguro, según corresponda. Por tanto, la ASEGURADORA no brindará cobertura alguna por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato o del Certificado de Seguro.

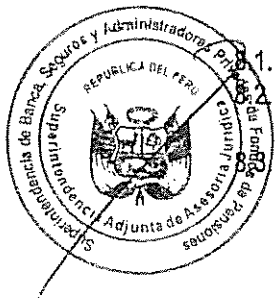
En todos los casos que el ASEGURADO o la ASEGURADORA soliciten la resolución del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE de dichas resoluciones de certificados, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

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

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

- A. **NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO:** Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, en los siguientes casos:

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro en los siguientes casos:

- 8.4. Si el ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.5. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.6. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Sin perjuicio de la comunicación dirigida al ASEGURADO comunicando la nulidad de su CERTIFICADO DE SEGURO, se comunicará al CONTRATANTE dicha nulidad; ello en virtud a su calidad de CONTRATANTE del Seguro.

Para los casos descritos en los numerales 8.3. y 8.6. precedentes, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar de manera fehaciente dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

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

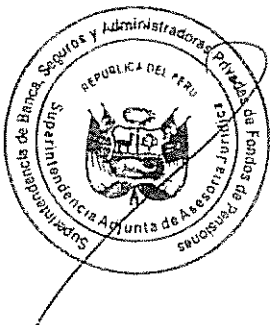
(...)

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

10.11. 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 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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 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 período efectivamente cubierto por la Póliza.

10.12. 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.

(...)

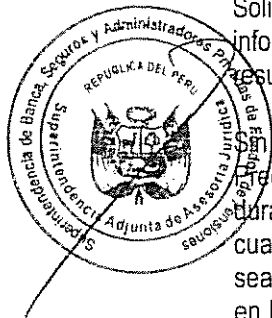
ARTÍCULO 13º.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

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

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

La ASEGURADORA puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o ASEGURADOS por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad. Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas. Para tal efecto, la ASEGURADORA remitirá comunicación escrita al Solicitante del Seguro o ASEGURADO, según corresponda, a fin que se practique y/u obtenga dichos informes médicos adicionales, bajo su cuenta y costo. Una vez practicados, deberá remitir los resultados a la ASEGURADORA para los fines antes indicados.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

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

(...)

ARTÍCULO 19°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

(...)

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

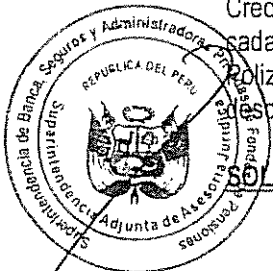
(...)

ARTÍCULO 35°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de siniestro, el ASEGURADO podrá solicitar la atención del mismo, bajo las modalidades de Crédito o Reembolso descritos en el presente Artículo, según se haya pactado en los términos de cada cobertura, y conforme a lo establecido en el Plan de Beneficios que forma parte integrante de la Póliza de Seguro, salvo que se haya señalado un procedimiento en caso de siniestro distinto en la descripción de las coberturas contratadas¹.

SOLICITUD DE COBERTURA BAJO LA MODALIDAD DE CRÉDITO

¹ Dichos procedimientos constan en el primer Anexo del condicionado general que se incluyen en las presentes condiciones mínimas. Al respecto, cabe señalar que de acuerdo al artículo 9° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, no se pueden modificar condiciones mínimas que han sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

A continuación, se detalla el procedimiento que deberás seguir en caso que las coberturas que formen parte de la presente Póliza, se haya contratado bajo la modalidad de CRÉDITO:

- a) Coordinar previamente la cita con cualquier proveedor de servicios de salud descritos en el Plan de Beneficios. La fecha de la cita debe corresponder a una fecha dentro del período de vigencia de la Póliza.
- b) Presentarse en la fecha de la cita en el proveedor de servicios en salud.
- c) Presentar su documento de identidad.
- d) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Copago de la cobertura.

El pago de Copago tendrá una vigencia de siete (7) días calendario tanto para la consulta médica como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial.

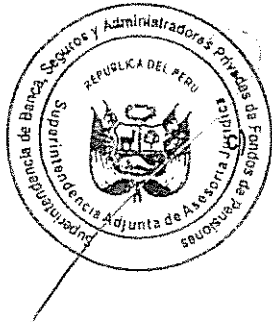
- e) En caso de Atención Hospitalaria deberá solicitar a la ASEGURADORA, a través del proveedor de servicios en salud, una Carta de Garantía, presentando la orden de internamiento emitida por su médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto del centro médico correspondiente. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Coaseguros y los Copagos respectivos.

SOLICITUD DE COBERTURA BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

A continuación, se detalla el procedimiento que deberás seguir en caso que las coberturas que formen parte de la presente Póliza, se haya contratado bajo la modalidad de REEMBOLSO:

- a) Una vez terminada la atención en salud, el ASEGURADO deberá presentar a la ASEGURADORA la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: http://www.rimac.com.pe/wps/portal/rimac/inicio/seguros/empresas/para_el_personal/AMC-Medico
- b) El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido y en caso de atención hospitalaria, se debe presentar una copia fedateada de la historia clínica completa.
Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web http://www.rimac.com.pe/wps/portal/rimac/inicio/seguros/empresas/para_el_personal/AMC-Medico, y en caso de reembolsos por atenciones en el extranjero cuya referencia no se encuentren registradas en el tarifario de Rimac se utilizará los costos UCR en el Perú para un caso similar.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- d) La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud o desde que se 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 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.

- e) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho período comprende:
- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.
 - ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.
- f) Asimismo, cuando la aseguradora requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.
- g) Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el siniestro.
- h) Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.

En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente constituidos del ASEGURADO.



ANEXO

CENTRAL DE ASISTENCIAS
TELÉFONO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS
411-1111

La presente cobertura incorpora las siguientes:



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

a) **MÉDICO A DOMICILIO: ATENCIÓN AMBULATORIA PARA MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES (CRÉDITO)**

(...)

En caso de que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse con la ASEGURADORA llamando a los teléfonos de la Central de Asistencias detalladas en su Plan de Beneficios.

Las citas deberán ser coordinadas llamando a la Central de Asistencias y se otorgará la cobertura según disponibilidad.

La ASEGURADORA coordinará el envío de un médico general o especialista según las características ofertadas en su Plan de Beneficios.

El médico irá al domicilio del asegurado y luego de la consulta médica emitirá una receta.

El asegurado deberá pagar el copago detallado en el Plan de Beneficios.

Las medicinas serán enviadas vía delivery, cuya coordinación será realizada por el médico tratante.

(...)

b) **GASTOS DE TRASLADO TERRESTRE POR EMERGENCIA: SERVICIO DE AMBULANCIA SOLO LIMA (CRÉDITO)**

(...)

En caso de encontrarse en una situación de emergencia, el asegurado deberá comunicarse con la ASEGURADORA llamando a los teléfonos de la Central de Asistencias detalladas en su Plan de Beneficios.

El operador solicitará el número del DNI del asegurado y si el Plan de Beneficios considera la presente cobertura coordinará el envío de la ambulancia al lugar donde se encuentre el asegurado.

(...)

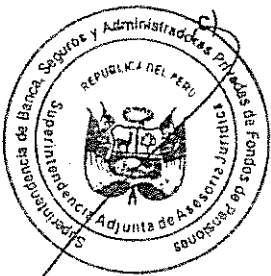
ORIENTACION MÉDICA TELEFÓNICA (CRÉDITO)

(...)

Para comunicarse, sólo tiene que llamar al teléfono que figura en la credencial del seguro o en su Plan de Beneficios y nuestro personal atenderá sus consultas.

(...)

**ATENCIONES DE EMERGENCIAS:
ACCIDENTALES Y NO ACCIDENTALES**





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

(...)

Para acceder a la presente cobertura, y en tanto sea bajo la modalidad de Crédito, el ASEGURADO tendrá que comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 o presentarse en el proveedor de servicios en salud.

Adicionalmente, el ASEGURADO tendrá que:

- a) Presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.
- b) Presentar su documento de identidad.
- c) El médico de servicio al momento de la atención determinará el tipo de emergencia (accidental o no accidental).

En caso de Reembolso de Atenciones Médicas por Emergencias Accidentales y No Accidentales, la ASEGURADORA cubrirá los gastos generados por la emergencia accidental, siempre y cuando el ASEGURADO se encuentre en una zona alejada en provincia en donde no exista proveedor de salud incluido en el Plan de Beneficios.

En caso se brinde la cobertura vía reembolso en una zona alejada en provincia, se deberá tomar en cuenta que el plazo para dar aviso del siniestro y solicitar el reembolso es de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de consulta, en los lugares indicados en el Resumen de la presente póliza.

(...)

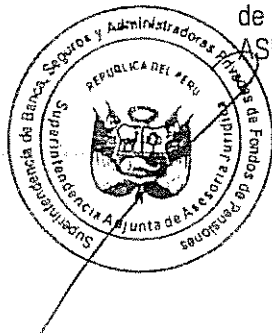
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
(CRÉDITO Y REEMBOLSO, SEGÚN CONDICIONES DE LA PÓLIZA)

(...)

Para acceder a la presente cobertura, el ASEGURADO tendrá que seguir el procedimiento que corresponda a la modalidad de atención elegida por el CONTRATANTE, los mismos que se encuentran descritos en el Artículo 35° de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

En caso de la solicitud de cobertura por REEMBOLSO, el ASEGURADO deberá obtener una solicitud de reembolso en el departamento de Recursos Humanos del CONTRATANTE o en las oficinas de la ASEGURADORA y deberá:

1. Detallar claramente los datos en la solicitud de reembolso al momento de la entrega: Datos completos del titular y del paciente, número de carné, tipo de atención, especialidad.
2. El médico tratante debe incluir los siguientes datos en la solicitud de reembolso: Diagnóstico(s), exámenes auxiliares, procedimientos realizados, tratamientos especiales y terapéutica, fecha(s) de consulta(s), tiempo de enfermedad, firma y sello del médico tratante.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

3. Los documentos, a excepción de los recibos por honorarios, deberán ser presentados en original y con sello de cancelado a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS con número de RUC 20100041953.
4. Presenta los documentos detallados en la siguiente sección

MEDICAMENTOS:

Recetas originales de los medicamentos adquiridos.

La receta debe incluir:

- Nombre del medicamento y cantidad prescritos, fecha y firma del médico tratante.
- Factura original expedida a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS con sello de cancelado.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

La solicitud de reembolso firmada y sellada por el odontólogo tratante, debe ir acompañada del odontograma, donde debe estar indicado el tratamiento por cada pieza y el costo correspondiente a cada una.

Si se facturó una radiografía es necesario adjuntar la factura.

Si se presentan atenciones por obturaciones proximales (entre diente y diente) deben ser sustentadas con una radiografía antes del tratamiento.

En los casos de tratamientos de ortodoncia o prótesis (si tu plan lo contempla) deben ser aprobados previamente por RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, a través de una auditoría clínica.

Si se presentara una endodoncia dentro de los tratamientos es necesario adjuntar al expediente tres placas: radiografía de diagnóstico, radiografía de conductometría y radiografía de control.

En caso presentara gastos por pulpectomía es necesario adjuntar dos placas: una diagnóstica y otra de control.

El deducible y coaseguro es por cada pieza tratada y terminada.

(...)

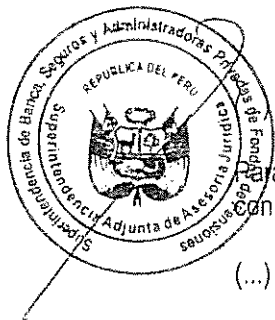
(CREDITO)
CENTRAL DE ASISTENCIAS 411-1111

Para solicitar la presente cobertura, el ASEGURADO deberá comunicarse con la central de asistencias, con la finalidad de realizar las coordinaciones del traslado.

(...)

GASTOS DE SEPELIO
(CRÉDITO)

(...)





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Para solicitar la presente cobertura, los familiares del ASEGURADO fallecido deberán contactarse con el Proveedor del Servicio Funerario a los números telefónicos que se detallan en el Plan de Beneficios.

Para la atención de este beneficio, los familiares del ASEGURADO deberán presentar el Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción. El Proveedor del Servicio Funerario deberá solicitar la Carta de Garantía ante la ASEGURADORA, y esta será emitida en un plazo de tres (03) horas, siempre y cuando, presente el documento antes indicado y el respectivo presupuesto del Proveedor elegido.

En caso el Plan de Beneficios contemple el reembolso como forma de acceder al beneficio, se deberá presentar:

- * Copia Certificada de la Partida de Defunción del ASEGURADO.
- * Facturas originales de los gastos a RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS con RUC N° 20100041953

(...)

PROGRAMA CUIDATE: PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (CRÉDITO)

(...)

- o Para solicitar la presente cobertura, el ASEGURADO deberá acercarse a cualquiera de las clínicas afiliadas al programa CUIDATE, las cuales se detallan en el Plan de Beneficios.
- o El asegurado sólo deberá presentar su DNI para poder solicitar la evaluación y acceso al programa.

(...)

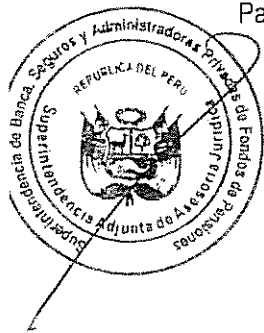
SEGUNDA OPINIÓN EN EL EXTRANJERO Y NACIONAL (CRÉDITO)

(...)

Para solicitar la presente cobertura, el ASEGURADO deberá:

- o Coordinar con la Asistente Social de la empresa donde labora, quien se contactará con la ejecutiva comercial de la ASEGURADORA y solicitará la activación de la cobertura.
- o Presentar la copia fedateada y foliada de su Historia Clínica a fin que el área médica de la ASEGURADORA evalúe el caso.
- o En caso proceda la solicitud, la ejecutiva comercial se contactará con el ASEGURADO proponiendo la terna de especialistas.
- o El ASEGURADO deberá escoger el médico de su preferencia de acuerdo a la terna presentada.
- o La cita se coordinará a través de la ejecutiva comercial.

(...)





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

SEGURO DE PRIMAS POR MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR

(...)

Para solicitar la cobertura, el ASEGURADO DEPENDIENTE, y por intermedio de la Asistencia Social de la empresa donde laboraba el ASEGURADO TITULAR fallecido, deberá contactarse con el Ejecutivo Comercial de la ASEGURADORA, e informar que el ASEGURADO TITULAR ha fallecido.

Los beneficiarios también podrán acercarse a las oficinas de la ASEGURADORA solicitando la cobertura.

En cualquiera de ambos casos, deberán presentar:

- Copia Certificada de la Partida de Defunción.
- Atestado policial (en caso corresponda)
- Certificado de Protocolo de Necropsia (en caso corresponda).

Todos los documentos antes indicados no deberán tener una antigüedad mayor de 3 (tres) meses.

(...)

ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE HOSPITALARIO

(...)

Para solicitar la presente cobertura, el ASEGURADO deberá manifestar su deseo de acceder a este beneficio solicitándolo a través del Proveedor, no siendo necesario la presentación de documentación alguna por parte del asegurado.

(...)

GASTOS DE ENFERMERA ACOMPAÑANTE

(...)

Para solicitar la presente cobertura, el ASEGURADO deberá coordinar con la Asistente Social de la empresa donde labora, quien se contactará con la ejecutiva comercial de la ASEGURADORA y solicitará la activación de la cobertura. Los beneficiarios también podrán acercarse a las oficinas de la ASEGURADORA solicitando la cobertura.

Es requisito indispensable que se presente copia fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO la cual será evaluada por el área de auditoría médica y de ser aprobado se le informará al asegurado.

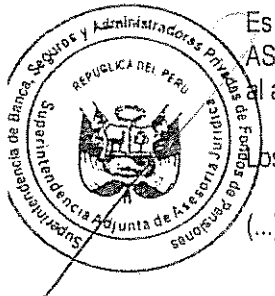
Los asegurados deberán presentar los honorarios médicos de la enfermera que los asistió.

(...)

TRASLADO DE RESTOS

(...)

Para solicitar la cobertura, el familiar del ASEGURADO, deberá presentar una solicitud de reembolso a la COMPAÑÍA, mencionando que por fallecimiento del ASEGURADO desean acceder al reembolso de los gastos incurridos en el traslado de restos.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Es requisito indispensable para acceder a esta cobertura que, el comprobante de pago sea emitido en Factura a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS RUC N° 20100041953.

DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR

(...)

Para solicitar la presente cobertura, los BENEFICIARIOS deberán contactarse con la ASISTENTA SOCIAL de la empresa donde laboraba el ASEGURADO TITULAR fallecido, para que esta coordine con la Ejecutiva Comercial de la ASEGURADORA, el otorgamiento de la indemnización correspondiente. No obstante ello, los BENEFICIARIOS tienen la posibilidad de solicitar directamente la presente cobertura a la ASEGURADORA. Para el pago de la indemnización, los Beneficiarios deberán presentar a la ASEGURADORA los siguientes documentos:

- Copia Certificada de la Partida de Defunción.
- Copia Fedateada y Foliada de los Informes Médicos e Historias Clínicas.
- Copia Certificada del Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
- Copia Certificada del resultado del Protocolo de Necropsia (en caso corresponda).
- Copia Certificada de los resultados de los Análisis toxicológicos con resultados de alcoholemia y toxinas (en caso corresponda).
- Testimonio e inscripción registral del Testamento o la Sucesión Intestada (en caso no se haya declarado beneficiarios).

Todos los documentos antes indicados no deberán tener una antigüedad mayor de 3 (tres) meses.

(...)

NUTRICIONISTA A DOMICILIO
CENTRAL DE ASISTENCIAS 411-1111

(...)

Procedimiento para solicitar la cobertura:

Las atenciones, consulta nutricional inicial o consulta nutricional de seguimiento por afiliado deberán ser programadas a través de la Central de Emergencias y Asistencias indicado en su Plan de Beneficios (el número de consultas dependerá del tratamiento a seguir determinado por el nutricionista).

(...)

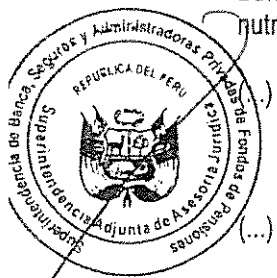
PSICOPROFILAXIS DEL PARTO
(CRÉDITO)

(...)

El ASEGURADO deberá seguir el procedimiento correspondiente, el mismo que se encuentra descrito en el Artículo 35° de las Condiciones Generales.

(...)

ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EXCESO





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

(...)

Para solicitar la presente cobertura, el ASEGURADO deberá solicitar al centro médico la activación de la presente cobertura.

El centro médico coordinará directamente con la ASEGURADORA la aplicación de las condiciones en caso de superar el importe máximo de consumo hospitalario indicado en el Plan de Beneficios.

El asegurado no presentará documentación alguna, ya que todo el trámite lo coordina el centro médico.

(...)

TERAPIA BIOLÓGICA NO ONCOLÓGICA

(...)

El ASEGURADO, en caso de cumplir con las condiciones establecidas en el Plan de Beneficios, deberá coordinar con el Centro Médico, la emisión de la respectiva Carta de Garantía con la ASEGURADORA, adjuntando copia foliada y fedateada de la Historia Clínica del ASEGURADO,

Una vez aprobada la Carta de Garantía, el laboratorio llamará al asegurado y coordinará la entrega de los medicamentos.

(...)

**LUTO POR SEPELIO
(REEMBOLSO)**

(...)

Para el pago de la indemnización, los Beneficiarios deberán presentar a LA ASEGURADORA los siguientes documentos:

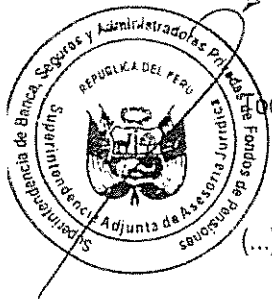
- Copia Certificada de la Partida de Defunción.
- Copia Fedateada y Foliada de los Informes médicos e Historias Clínicas.
- Copia Certificada del Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
- Copia Certificada del resultado de Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- Copia Certificada del resultado del análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso corresponda.

Los documentos antes indicados no deberán tener una antigüedad mayor de 3 (tres) meses.

(...)

**TRASLADO INTERNACIONAL POR
EMERGENCIA MÉDICA O ACCIDENTAL
(REEMBOLSO)**

(...)





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Para solicitar la cobertura, el ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: www.rimac.com.pe todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, en original el informe del médico tratante, la copia de la historia o la epicrisis hospitalaria donde se confirme la situación de emergencia, indicaciones y recetas médicas, los resultados de pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido. El traslado no cubre a ningún tipo de acompañante de EL ASEGURADO

(...)

INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS (COBERTURA INDEMNIZATORIA)

(...)

Para solicitar la presente cobertura, deberán presentar a la ASEGURADORA lo siguiente:

- Copia Fedateada y Foliada del Informe Médico debidamente suscrita por el Médico tratante, donde se detalle el procedimiento seguido con motivo del trasplante de órganos.

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

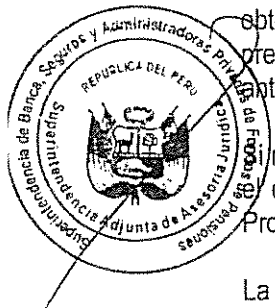
En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el 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 y/o BENEFICIARIOS, la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para 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 y/o BENEFICIARIOS, 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 y/o BENEFICIARIOS, según corresponda en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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.

