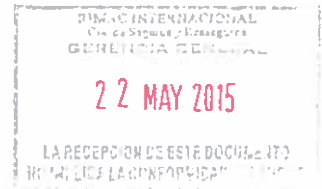




**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**
República del Perú



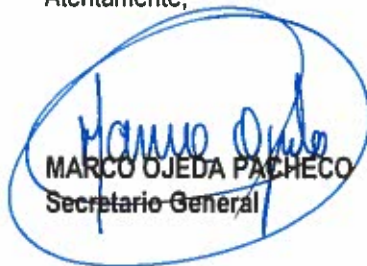
Lima, 19 de mayo de 2015

OFICIO N° 17844-2015-SBS

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

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 2698-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-19351



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 19 MAYO 2015

Resolución S.B.S
N°2698 - 2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante, la Compañía) mediante cartas de fecha 19 de marzo de 2014 y 16 de abril de 2015, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Asistencia Médica Colectiva – Modalidades Formativa Laborales";

CONSIDERANDO:

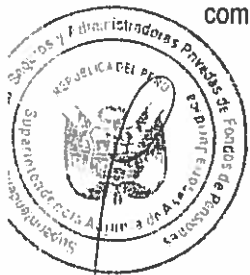
Que, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro aprobada por Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde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

g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.

h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.

j. Otras que determine la Superintendencia.

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

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

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

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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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

Que, la Compañía ha manifestado mediante comunicación de fecha 16 de abril de 2015 que el producto "Asistencia Médica Colectiva – Modalidades Formativa Laborales" sólo se comercializa por "venta directa" de la misma empresa, por lo que no corresponde incluir la condición referida al derecho de arrepentimiento, en el modelo de póliza de dicho producto;

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 Contratos de Seguro y el Reglamento de Transparencia;

RESUELVE:

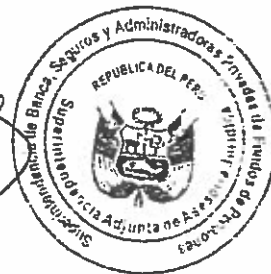
Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Asistencia Médica Colectiva – Modalidades Formativa Laborales", presentadas por la Compañía; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de asistencia médica. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N°AE0506410387.

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 "Asistencia Médica Colectiva – Modalidades Formativa Laborales", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

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:

(...)

A. 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 (deducibles, copagos y / o primas) 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, la ASEGURADORA se encuentra obligada de proporcionar la información suficiente al CONTRATANTE, éste asimismo deberá poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, en cualquier supuesto de modificación.

(...)

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

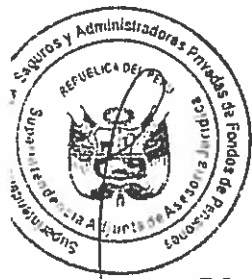
La resolución deja sin efecto el Contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

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

- 7.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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.

- 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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La resolución será efectiva pasados 30 días en que el CONTRATANTE la solicite, 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. EXCLUSIÓN DEL ASEGURADO DEL CONTRATO DE SEGURO (RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO): Implica la exclusión (retiro) de determinado(s) ASEGURADO(S) de la póliza cuando ocurra alguna de las siguientes causales:

- 7.4. 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. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución parcial.

Sin perjuicio de ello, el ASEGURADO tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución del certificado.

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

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, sólo respecto de dicho ASEGURADO y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. La resolución del certificado se hará efectiva el primer día del mes siguiente, y la comunicación de dicha resolución se realizará por escrito.

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

- i) El ASEGURADO incurre en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Certificado de Seguro en el plazo de quince (15) días previsto en el presente numeral.
- iv) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

- 7.6. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados en caso aplique.

En esta situación, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario, 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 devengadas por el periodo efectivamente cubierto.

- 7.7 Si el Asegurado realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La Aseguradora presentará al Contratante una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) del certificado, el cual deberá ser presentado 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. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La Aseguradora podrá resolver el certificado, 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.

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

- El CONTRATANTE, en el caso de resolución de la póliza de seguro, y/o ASEGURADO, en el caso de presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1., 7.3. y 7.4. respectivamente.
- La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.5., 7.6 y 7.7. precedentes.

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

No habrá pago por concepto de cobertura una vez resuelto el contrato, sin perjuicio que se proceda a la devolución de la prima no devengada por parte de la ASEGURADORA.

En caso que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE, en el caso de la póliza, o el ASEGURADO respecto al Certificado, y correspondiera devolución de primas no devengadas, EL CONTRATANTE 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 ~~u~~ o medios que uso para la contratación del seguro. El plazo con que cuenta la ASEGURADORA ~~para~~ el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE ~~ha~~ presentado la solicitud.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución.

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

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO Y DEL 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, si el CONTRATANTE:

- 8.1. 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– 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. En caso que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE el Contrato seguirá vigente.

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

- 8.4. 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. En caso que no medie dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO el Contrato seguirá vigente.

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 dicha causal, ~~plazo que~~ ~~comenzará~~ ~~desde~~ ~~que~~ ~~la~~ ~~ASEGURADORA~~ ~~conoce~~ ~~la~~ ~~reticencia~~ ~~o~~ ~~declaración~~ ~~inexacta~~ ~~dolosa~~ ~~o~~ ~~con~~ ~~culpa~~ ~~inexcusable~~, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO no ~~está~~ ~~secho~~ a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubiese





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 realicen una declaración inexacta o reticente 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 el primer año de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

El Contratante 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 con 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.

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

(...)

10.10. 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, quien se encarga de informar a los asegurados, i) que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima; y, ii) el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

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

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

- (ii) **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA):** La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el período 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.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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.

Sin perjuicio del anterior detalle, toda enfermedad resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de la ASEGURADORA a efectos de su evaluación.

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no 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 periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una Póliza de Seguro de Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una Compañía de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

- (i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el periodo 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 si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

Se deja constancia que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 26944, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias

ARTÍCULO 18º.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

ARTÍCULO 32°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de siniestro el ASEGURADO deberá solicitarlo mediante las formas de Crédito o Reembolso, bajo las siguientes consideraciones:

32.1. ATENCIONES DE EMERGENCIA MÉDICA POR CRÉDITO: EI 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.

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora Dolosa. En caso de demora No Dolosa se puede reducir el monto de la prestación en salud por el perjuicio ocasionado en poder verificar o determinar las causas o circunstancias que generó la demora.

- b) Presentar su documento de identidad o carné del Seguro.
- c) El médico de servicio al momento de la atención determinará el tipo de emergencia (accidental o no accidental).

32.2. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERU POR CRÉDITO: EI ASEGURADO tendrá que:

- a) Presentarse en cualquier momento, hasta antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza, en cualquiera de los proveedores de servicios en salud que otorguen la cobertura.
- b) Presentar su documento de identidad o carné del Seguro.
- c) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de la cobertura, en caso corresponda. La atención ambulatoria tendrá una vigencia de siete (7) días calendario desde iniciada la consulta médica así como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención. Una vez cumplido el plazo indicado, el ASEGURADO deberá coordinar una nueva Atención Ambulatoria, abonando para este fin el monto del Deducible y Copago respectivo, en caso corresponda.

En caso de Atención Hospitalaria el proveedor de servicios en salud deberá solicitar a la ASEGURADORA una Carta de Garantía cuyo plazo máximo para la emisión es de 1 semana, 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. La Carta de Garantía será gestionada por el proveedor de servicios de





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

salud. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Deducibles y Copagos respectivos.

32.3. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO: El ASEGURADO tendrá que:

- a) Una vez terminado la atención en salud, el ASEGURADO deberá presentar a la ASEGURADORA la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: www.rimac.com.pe.
- b) El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido y en caso de atención hospitalaria, se debe presentar la historia clínica completa, original o copia fedateada, según corresponda y sea factible.

Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.

- c) Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al tarifario Rímac Seguros, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe, ingresando a la opción Empresas, Formación Laboral Juvenil, y Solicitud de Reembolso.
- d) La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de consulta, en los lugares indicados en el Resumen de la presente póliza..

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la ASEGURADORA para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, lo cual suspenderá dicho plazo hasta que presente toda la documentación e información solicitada.

- e) Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios, de haber recibido la documentación completa señalada en la póliza, se considera consentido el reembolso.
- f) Sin perjuicio de lo antes señalado, cuando la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficiente sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el ASEGURADO no apruebe, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, la ASEGURADORA podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.

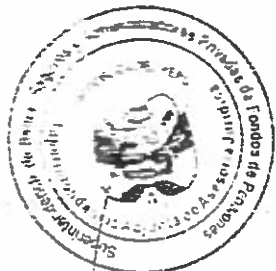
- h) En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente constituidos del ASEGURADO.

32.4. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL: El CONTRATANTE y/o Beneficiarios del ASEGURADO deberán:

- a) Dar aviso a la ASEGURADORA del fallecimiento del ASEGURADO en el plazo de siete (7) días calendarios contados desde la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, siempre que su causa adecuada fuera un accidente amparado por la presente Póliza. 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 se 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.
- b) Inmediatamente después de dar el aviso del siniestro, deberán presentar los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):
- i) Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO.
 - ii) Certificado de Defunción del ASEGURADO.
 - iii) Conclusión de la investigación Fiscal o policial, del ser el caso.
 - iv) Atestado policial (en caso corresponda).
 - v) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
 - vi) Protocolo de Necropsia (en caso corresponda).
 - vii) Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas (en caso corresponda).
 - viii) Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y fuera el ASEGURADO quien conducía el vehículo).
 - ix) Documento de Identidad de los Beneficiarios.
 - x) Certificado domiciliario de los Beneficiarios menores de edad (en caso de ausencia de ambos padres).
 - xi) Cualquier otro documento que la ASEGURADORA estime conveniente (según los plazos indicados en el inciso 32.3 d).

Todos los documentos anteriores no deberán tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

- c) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del siniestro, para lo cual son aplicables los literales e), f), g) y h) del numeral 32.3. precedente.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

32.5. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL: EI CONTRANTANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán:

- a) Dar aviso a la ASEGURADORA del accidente del ASEGURADO en el plazo de siete (7) días calendarios contados desde producido el hecho o desde que se toma conocimiento del beneficio, siempre que su causa adecuada fuera un accidente amparado por la presente Póliza. 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 se 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.
- b) Inmediatamente después de dar el aviso del siniestro, deberán presentar los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):
- i) Documento de Identidad del ASEGURADO y sus Beneficiarios.
 - ii) Original del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA O ESSALUD.
 - iii) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ser el accidente en horas de trabajo).
 - iv) Atestado Policial (en caso corresponda).
 - v) Dosaje Etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y fuera el ASEGURADO quien conducía el vehículo).
 - vi) Informe Médico completo e Historia Clínica del ASEGURADO (foliada y fedateada).

Todos los documentos anteriores no deberán tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

- c) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del siniestro, para lo cual son aplicables los literales e), f), g) y h) del numeral 32.3. precedente.



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

Fecha 19 MAYO 2015

Señor Rimac Seguros y
Reaseguros

Cumplo con remitirle para su conocimiento y fines
consiguientes la presente fotocopia de la Resolución
N° 2698-2015 de fecha 19 MAYO 2015

Esta copia es Transcripción oficial
Atentamente



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

Marco Ojeda
MARCO OJEDA PACHECO
SECRETARIO GENERAL