SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

RIMAC INTERNACIONAL
Cía de Seguros y Reaseguros
GERENCIA GENERAL
22 MAY 2015
LA RECEPCION DE ESTE DOCUMENTO NO IMPLICA LA CONFORMIDAD DEL MISMO

Lima, 19 de mayo de 2015

OFICIO N° 17742-2015-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° 2684-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General

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

epa

Expediente N° 2014-3348

SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 19 MAYO 2015

Resolución S.B.S
N°2684-2015
El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 15 de enero de 2014 y 21 de abril de 2015, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro de Formación Laboral (Seguro Médico) - Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506420045 y, consecuentemente, registrar la modificación por adecuación;

CONSIDERANDO:

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

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

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

Que, según lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se 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:

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones
Superintendencia Adjunta de Asesoría Jurídica

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

a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.

b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.

c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.

d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.

e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.

f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.

g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.

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

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

j. Otras que determine la Superintendencia.

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

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

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

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

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

Que, la Compañía ha indicado, mediante comunicación de fecha 15 de enero de 2014, que el producto "Seguro de Formación Laboral (Seguro Médico) - Dólares" se comercializa únicamente a través de corredores de seguros, por lo que no corresponde incluir la condición referida al derecho de arrepentimiento, en el modelo de póliza de dicho producto presentado para la aprobación de sus condiciones mínimas;

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

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

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas correspondientes al modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro de Formación Laboral (Seguro Médico) - Dólares", registrado con Código SBS N° AE0506420045 contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de asistencia médica.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación por adecuación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Seguro de Formación Laboral (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 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución.

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

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

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

Artículo Cuarto.- La Compañía deberá informar a los contratantes de los seguros vigentes sobre los aspectos modificados por adecuación al nuevo marco normativo, a través de los mecanismos establecidos en el artículo 24° de dicho Reglamento de Transparencia. Para tal efecto, se le otorga un plazo de 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria y el artículo 18 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones
Superintendencia Adjunta de Asesoría Jurídica
República del Perú

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

ANEXO Nº 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 5º.- SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:

(....)

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

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

En este supuesto, 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 CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO):

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

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

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

7.1.1 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que 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. En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

7.1.2 Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

7.1.3 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 en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La resolución será efectiva el último día del mes en que se recibió la solicitud de resolución del CONTRATANTE. 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.

7.2 RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la resolución del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando ocurra alguna de las siguientes:

7.2.1 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 se usaron para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

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

por continuar con la vigencia del Certificado de Seguro, podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a la ASEGURADORA en el plazo anterior, y en tanto no se haya configurado algún siniestro, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Certificado de Seguro, solo respecto de dicho ASEGURADO y percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

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 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 de haber sido informada oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

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

Para que opere la resolución indicada en el numeral 7.2.3, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el periodo efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al periodo no corrido.

7.2.4 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE, una propuesta de revisión (reajuste 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 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 el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE y 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.

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

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

a) El CONTRATANTE (en caso de resolución de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (en el caso de la resolución del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1.1 y 7.2.1. y, adicionalmente, por la causal descrita en el numeral 7.1.3.
b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1.2., 7.2.2, 7.2.3 y 7.2.4 precedentes.

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

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución.
En caso que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE, éste deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE, haya presentado la solicitud. 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.

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 y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, si:

8.1. El CONTRATANTE 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.

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

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

8.4. 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 la emisión del Certificado de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito 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 iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. La comunicación por la cual se invoca la nulidad debe ser fehaciente y por escrito.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en la cual el CONTRATANTE haya presentado una solicitud de devolución de primas a la ASEGURADORA, 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:
(...)

10.12. EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

(i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA: El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

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

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.

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 periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

10.13. 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 puede 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.

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

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 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 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 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.

ARTÍCULO 35°.- AVISO DE EMERGENCIA

35.1. La ASEGURADORA brindará atención, por medio de la red de proveedores de servicios de salud descrito en el Plan de Beneficios, siempre que ésta haya sido declarada dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida a nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 o se haya presentado en el proveedor de servicios en salud.

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

35.2. En caso que la atención de emergencia se haya realizado en un proveedor de salud que no se encuentre incluido en el Plan de Beneficios, la ASEGURADORA no cubrirá dichos gastos, ni efectuará el reembolso alguno. Sólo procedería la cobertura de reembolso en caso que la atención por emergencia se haya prestado en zonas alejadas en provincias en donde no existan centros afiliados, siempre y cuando la atención se haya dado dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia. En este sentido, el plazo para dar aviso del siniestro y proceder con el reembolso será de siete (7) días desde la ocurrencia de la emergencia o desde que el asegurado tiene conocimiento del beneficio, conforme al artículo 3° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.

ARTÍCULO 36º.- AVISO DE ACCIDENTE Y DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

El CONTRANTANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios, producido un accidente amparado en virtud de esta Póliza, están en la obligación de comunicarlo a la ASEGURADORA, mediante carta, o correo electrónico, dentro de los treinta (30) días hábiles de ocurrido, o conocido el beneficio. El plazo establecido en la presente cláusula no afecta el derecho del ASEGURADO y/o Beneficiario/s a solicitar la cobertura a través de otras instancias, interponiendo las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en el marco normativo vigente.

La ASEGURADORA dará por recibido el aviso respectivo aún con posteridad al plazo indicado anteriormente, cuando se pruebe fehacientemente la imposibilidad de haber efectuado dicho aviso dentro de tal indicado plazo.

DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

36.1. MUERTE ACCIDENTAL

Los Beneficiarios, o a falta de estos últimos, los Herederos Legales, ya sea en nombre propio, o a través de El CONTRATANTE, deberán presentar a la ASEGURADORA los siguientes documentos en original o Certificación de Reproducción Notarial (copia legalizada):

a) Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO
b) Certificado de Defunción del ASEGURADO
c) Atestado policial, en caso corresponda.
d) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
e) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
f) Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso corresponda.
g) Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito).
h) Cualquier otro documento que la ASEGURADORA estime conveniente, los cuales deberá solicitar dentro de los veinte (20) primeros días de los treinta (30) días de plazo que tiene LA ASEGURADORA para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, luego de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el pago del siniestro,

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

esto en función a los plazos contemplados para la solicitud de información adicional y complementaria señalados en el artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestro.

36.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL POR ACCIDENTE

El ASEGURADO ya sea en nombre propio, o a través de El CONTRATANTE, deberá presentar a la ASEGURADORA los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial:

a) Documento de Identidad del ASEGURADO
b) Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA O ESSALUD.
c) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ser el accidente en horas de trabajo).
d) Atestado Policial, en caso corresponda, o Declaración Jurada del Accidente (en caso sea un Accidente Común).
e) Dosaje Etílico en caso la Invalidez sea consecuencia de un accidente de tránsito.
f) Informe Médico completo e Historia Clínica del ASEGURADO (foliada y fedateada).

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

ARTÍCULO 37°.- FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS:

Las formas de acceder a la cobertura de la Póliza, sea a través de crédito o reembolso, se delimitarán por cada cobertura y estarán detalladas en el Plan de Beneficios, pues en caso de no encontrarse descritas en dicho documento no será posible acceder a través de dicha forma de cobertura. Aquellas son las siguientes:

37.1. CREDITO (antes): Son las atenciones por las que el asegurado asume los Deducibles y Copagos, y los gastos o excesos no cubiertos por la póliza, debiendo pagarlos directamente al proveedor de servicios en salud afiliado a la red de proveedores de Rimac, señalada en el Plan de Beneficios. Los gastos cubiertos en exceso de los Deducibles y Copagos serán asumidos directamente por la ASEGURADORA, quien se encargará del pago del servicio a dichos proveedores siempre que haya pertinencia médica.

Cada atención médica corresponde a un acto médico y por lo tanto, cada atención está sujeta al pago de un Deducible, y Copagos de ser necesario.

Es factible que para algunas coberturas, sea necesaria la emisión de Cartas de Garantía –coberturas de carácter hospitalario, cirugías de día, sepelio u oncología- por parte de la ASEGURADORA, previas a la atención en salud, sin perjuicio de los Deducibles y Copagos a cargo del ASEGURADO. El proveedor de servicios en salud afiliado será el encargado de solicitar a la ASEGURADORA la emisión de la respectiva carta de garantía.

37.2. REEMBOLSO (después): Aplica cuando el ASEGURADO ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad, por lo cual, solicita que le sean reintegrados los gastos en los que incurrió.

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

En el reintegro de los gastos incurridos se le descontarán los montos por concepto de Deducible y Copagos objeto de la cobertura.

Los reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, de conformidad con la tarifa de reembolso y los topes de consulta indicados en el Plan de Beneficios.

Los reembolsos, exceptuando las atenciones de emergencia descrita en el Art. 38° del presente Condicionado General (ya sean accidentales o no accidentales), podrán aplicarse por atenciones ocurridas en proveedores en servicios en salud afiliados o no a la red de proveedores de Rimac, señalada en el Plan de Beneficios.

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base a los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar (se tomará como referencia el tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe).

Para acceder a la cobertura de reembolso, 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.

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.

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

La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo de siete (7) 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.

En caso de demora no dolosa en la que 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

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 periodo comprende:

- Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.
- Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

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

En caso que 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, 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 de Banca, Seguros y AFP, dentro de los referidos 30 días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

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.

ARTÍCULO 38.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

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

38.1. ATENCIONES DE EMERGENCIA MEDICA: El ASEGURADO tendrá que:

a) De ocurrir la emergencia, debe comunicarlo a nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 o 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) En caso de Emergencia Médica No Accidental el ASEGURADO deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de dicha cobertura como atención hospitalaria y/o ambulatoria.

38.2. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERU POR CRÉDITO: El 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.

c) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de la cobertura.

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones
Superintendencia Adjunta de Asesoría Jurídica
REPÚBLICA DEL PERÚ

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

El pago de Deducible y 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.

d) En caso de Atención Hospitalaria programada, el ASEGURADO deberá coordinar con el proveedor de servicios en salud la solicitud de una Carta de Garantía a la ASEGURADORA, 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, Deducibles y el Copagos respectivos.

El presente seguro no cubre tratamientos en el extranjero.

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

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

TRANSCRIPCIÓN

Fecha 19 MAYO 2015

Señor: Rímac Seguros y Reaseguros

Cumplo con remitirle para su conocimiento y fines consiguientes la presente fotocopia de la Resolución N° 2684-2015 de fecha 19 MAYO 2015

Esta copia es Transcripción oficial

Atentamente

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

MARCO OJEDA PACHECO
SECRETARIO GENERAL

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