



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 11 de octubre de 2023

RESOLUCIÓN SBS

N° 03366-2023

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, la Compañía) con fecha 11 de julio de 2023, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Desgravamen Retorno", registrado con Código SBS N° VI2007400247, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 0649-2022 de fecha 28 de febrero de 2022.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 11 de julio de 2023, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Desgravamen Retorno", registrado con Código SBS N° VI2007400247;

Que, a través de la Resolución SBS N° 0649-2022 de fecha 28 de febrero de 2022, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto masivo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, 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 y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, 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 transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación, la Compañía no puede emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

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 del Registro de Pólizas de Seguro, y considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de las condiciones mínimas solicitadas;

Que, considerando que se trata de un producto de desgravamen, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas establecidas en los incisos 2, 8 y 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias, en adelante, el





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Reglamento de Conducta, referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes, así como al derecho de arrepentimiento, y al derecho de revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, por tratarse de una condición para contratar operaciones crediticias, respectivamente;

Que, asimismo, la Compañía ha indicado que no resultará de aplicación la condición mínima recogida en el inciso 9 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, referida a la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas previstas en las cláusulas décimo primera y décimo segunda de las Condiciones Generales del producto "Desgravamen Retorno", sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, contando con el visto bueno del Departamento de Asesoría Legal; y, en uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas previstas en las cláusulas décimo primera y décimo segunda de las Condiciones Generales del producto "Desgravamen Retorno", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 0649-2022 de fecha 28 de febrero de 2022, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las modificaciones propuestas por la Compañía en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro. En tal sentido, la Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Desgravamen Retorno", incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; 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 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto "Desgravamen Retorno" modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; 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.

MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA POLIZA

(...)

Toda declaración inexacta o reticente formulada por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO sobre circunstancias conocidas por éstos que, de haber sido informadas a LA COMPAÑÍA, hubiera impedido la celebración del seguro o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente seguro, si media dolo o culpa inexcusable¹. En dicho supuesto, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o LOS BENEFICIARIOS carecerán de todo derecho a indemnización bajo la póliza, quedando LA COMPAÑÍA liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo determinado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, LA COMPAÑÍA devolverá a EL ASEGURADO el valor de las primas pagadas sin intereses ni impuestos, y disminuidas en un monto equivalente a la prima pagada por el primer año de duración de la póliza.

Se consideran dolosas a aquellas respuestas a preguntas formuladas en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios que contengan declaraciones inexactas o reticentes sobre circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

(...)

QUINTA: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LAS COBERTURAS

La presente póliza se emite con vigencia anual renovable automáticamente. Transcurrido este periodo, la presente póliza se renovará en forma automática. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación escrita de LA COMPAÑÍA con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, LA COMPAÑÍA detallará las modificaciones en caracteres destacados. EL CONTRATANTE tendrá un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

¹ Se aprueba teniendo en consideración que en virtud al artículo 9 de la Ley de Contrato de Seguro, el asegurador dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta realizada con dolo o culpa inexcusable, plazo que debe computarse desde que el asegurador conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento del asegurador debe ser notificado por medio fehaciente.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso se contrate el presente seguro bajo la modalidad grupal, LA COMPAÑÍA proporcionará a EL CONTRATANTE documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en la póliza de conformidad al párrafo precedente.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la cobertura se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia anual correspondiente de la presente póliza. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza por lo que el seguro se extinguirá de pleno derecho.

En caso no proceda la renovación automática de la póliza contratada bajo la modalidad grupal debido a que se rechazó la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA; EL CONTRATANTE deberá comunicar a los Asegurados que la póliza no será renovada y que las coberturas se extinguirán al término de la vigencia anual correspondiente.

(...)

NOVENA: PRIMAS

(...)

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, LA COMPAÑÍA comunicará AL CONTRATANTE y/o AL ASEGURADO que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días desde el vencimiento de la obligación, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si el siniestro ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada será deducida del beneficio correspondiente.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el seguro. Para tal efecto, comunicará a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el seguro por falta de pago de prima.

En todo caso, si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, se entiende que el seguro queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas por parte de LA COMPAÑÍA.

Se deja expresa constancia que las comunicaciones referidas en la presente cláusula deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

DÉCIMO PRIMERA: RESOLUCIÓN UNILATERAL

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro podrán solicitar la resolución del presente seguro sin expresión de causa. La solicitud de resolución surtirá efectos a las 23:59 horas del día en el cual es notificada a la Compañía.

En caso EL CONTRATANTE ejerza esta opción y se trate de un seguro contratado bajo la modalidad grupal, se obliga a comunicar a los Asegurados incorporados a la presente póliza, con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de resolución, su decisión de resolver el contrato de seguro y que como consecuencia de ello terminará la cobertura otorgada a todos los Asegurados.

Se deja constancia que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO tienen conocimiento de los efectos de su decisión sobre la cobertura del seguro y sobre el crédito asociado y que es su responsabilidad dar aviso a EL COMERCIALIZADOR.

Siempre que se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro y no corresponda realizar el pago de alguna de las coberturas otorgadas, la resolución del seguro dará al Titular del Crédito Asociado el derecho de obtener el porcentaje de devolución de la prima pagada indicado en el acápite 4 de las Condiciones Particulares. La devolución se realizará dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada la solicitud de resolución.

Adicionalmente, LA COMPAÑÍA devolverá al Titular del Crédito Asociado el monto de la prima correspondiente al tiempo no transcurrido, en caso corresponda.

DÉCIMO SEGUNDA: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales².
2. Por falta de pago oportuno de primas de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Novena de las presentes Condiciones Generales.

² CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA POLIZA

(...)

Si la declaración inexacta o reticente, no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

- i. Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, LA COMPAÑÍA presentará a EL CONTRATANTE o ASEGURADO una propuesta de revisión del seguro dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada en un plazo máximo de diez (10) días.
En caso sea aceptada la revisión del seguro, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, LA COMPAÑÍA podrá resolver el seguro, mediante una comunicación dirigida a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, LA COMPAÑÍA reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. De determinarse que el riesgo no es asegurable, no existirá suma asegurada y se procederá con la devolución total de la prima percibida.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

3. Por solicitud de resolución de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera de las presentes Condiciones Generales.
4. Por la presentación de una Reclamación Fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales³.

(...)

Como consecuencia de la resolución o extinción del presente seguro, dejarán de surtir efectos las coberturas otorgadas en virtud del mismo, liberándose a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción antes listadas, queda expresamente convenido que LA COMPAÑÍA devolverá al Titular del Crédito Asociado⁴ el monto de la prima correspondiente al tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución. Asimismo, en caso se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro y no corresponda realizar el pago de la cobertura, la resolución o extinción del seguro dará al Titular del Crédito Asociado el derecho de obtener el porcentaje de devolución de la prima pagada indicado en el acápite 4 de las Condiciones Particulares, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si EL CONTRATANTE incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales.
2. Si se comprobare que la edad real de EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Octava de las presentes Condiciones Generales⁵.

³ DÉCIMO QUINTA: RECLAMACIÓN FRAUDULENTE

LA COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, sus herederos o terceras personas que actúen en su representación, exageran los daños o emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta acarreará la resolución del seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, LA COMPAÑÍA comunicará a EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o beneficiario, según corresponda, el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros. Dicha comunicación podrá ser remitida por correo, correo electrónico y/o fax a la dirección o número indicado por éste en la solicitud del seguro o documento posterior. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a LA COMPAÑÍA, ésta quedará liberada de toda obligación. El seguro quedará resuelto de pleno derecho a los treinta (30) días de recibida la comunicación de resolución.

⁴ De acuerdo con la Cláusula Primera de las Condiciones Generales del presente producto, el Titular del Crédito Asociado es la persona natural o jurídica que suscribe y se obliga al pago del Crédito Asociado.

⁵ OCTAVA: EDAD

(...)





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.

4. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente.

DÉCIMO CUARTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de siniestro, el beneficiario deberá informar por escrito al domicilio de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible.

Posteriormente, el beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de los siguientes documentos⁶:

| Muerte Natural | Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente | Invalidez Total y Permanente por Enfermedad |
|---|--|---|
| (1) Partida de defunción o acta de defunción. (2) Certificado médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (5) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de EL COMERCIALIZADOR. | (1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (2) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal. (3) Resultado del examen de dosaje etílico o del examen toxicológico, en caso corresponda. (4) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de EL COMERCIALIZADOR. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (5) Partida de defunción o acta de defunción. (6) Certificado médico de defunción completo. (7) Informe médico ampliatorio (formato de la | (1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP. En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía, la cual asumirá los costos de las mismas. (2) Historia Clínica completa, foliada y fedateada. (3) |

Si se comprobare que, a la fecha de contratación del presente seguro, la edad declarada por EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso establecida en las Condiciones Particulares, el seguro será nulo, debiendo LA COMPAÑÍA devolver a EL CONTRATANTE el valor de las primas pagadas.

⁶ De conformidad con lo señalado por la Compañía, se informará sobre los medios para obtener los documentos a través de los canales de orientación, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 29 del Reglamento de Conducta.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

| | | |
|--|---|---|
| | Compañía). (8) Protocolo de Necropsia Completo. | Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de EL COMERCIALIZADOR. |
|--|---|---|

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

Para solicitar el pago de la cobertura de sobrevivencia, EL ASEGURADO deberá enviar una comunicación a LA COMPAÑÍA adjuntando copia de su documento de identidad o autenticando su identidad a través de los medios digitales que LA COMPAÑÍA ponga a su disposición.

Asimismo, dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida en la presente cláusula para la evaluación de la solicitud de cobertura, LA COMPAÑÍA podrá requerir información y/o documentación adicional para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario; y, se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que el Beneficiario cumpla con proporcionar la información y/o documentación adicional solicitada por LA COMPAÑÍA, se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional requerida por LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos indicados en la presente cláusula para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que se solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Aprobada la solicitud de cobertura o no rechazada dentro del plazo antes indicado, el siniestro quedará consentido.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiesen tener los beneficiarios en virtud del presente seguro, los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

DÉCIMO SEXTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar la suma asegurada por las coberturas del presente seguro deberá ser cumplida por LA COMPAÑÍA en un solo acto y por su valor total, dentro del plazo de treinta (30) días de consentimiento el siniestro.

DÉCIMO OCTAVA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación de EL CONTRATANTE notificar a los beneficiarios designados de la existencia del





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

presente contrato de seguros, quienes adicionalmente podrán solicitar información del estado de la póliza al fallecimiento de EL ASEGURADO, de acuerdo con lo establecido en el Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que se hubiere solicitado el beneficio, LA COMPAÑIA quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio, en los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

DÉCIMO NOVENA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia o litigio entre LA COMPAÑIA, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, el Beneficiario y/o los herederos de EL ASEGURADO, si lo hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas peruanas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Perú.

VIGÉSIMA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso aceptado por LA COMPAÑIA y por EL CONTRATANTE.

Durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑIA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL 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. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

En caso se contrate el presente seguro bajo la modalidad grupal, LA COMPAÑIA proporcionará a EL CONTRATANTE documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en la póliza.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 28 de febrero de 2022

RESOLUCIÓN SBS

Nº 00649-2022

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, La Compañía) con fecha 09 de diciembre de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (en adelante, Reglamento de Conducta) y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias (en adelante, el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro), esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Desgravamen Retorno";

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, Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la 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 Conducta 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 párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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:

1. 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.
2. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
3. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
4. 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. Adicionalmente, en el caso de los seguros de vida con componente de ahorro y/o inversión, la documentación de sustento y de acreditación de los beneficiarios a presentar en caso de ocurrencia del siniestro, para solicitar el pago del componente de ahorro y/o inversión. Asimismo, en aquellos casos que el componente de ahorro y/o inversión sea separable, la indicación de que la solicitud puede presentarse de forma independiente a la documentación que corresponde a la evaluación del siniestro.
5. 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.
6. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
7. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
8. El derecho de arrepentimiento en el caso de los seguros ofertados o promocionados por comercializadores y cuando la oferta o promoción se realice a través del uso de sistemas a distancia.
9. La reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo a la empresa de seguros de la ocurrencia del siniestro.
10. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículo 78 y 80 de la Ley de Seguros.
11. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, de corresponder.
12. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
13. Otras que determine la Superintendencia.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, de conformidad con el párrafo 16.2 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, 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 Modelos de Pólizas de Seguro;

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 Conducta; 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 Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

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

Que, tratándose de un seguro de desgravamen, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas contempladas en los incisos 2, 8 y 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud, así como al derecho de arrepentimiento y a la revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, por tratarse de una condición para contratar operaciones crediticias, respectivamente;

Que, la Compañía ha señalado que no aplicará al presente producto la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro, por lo que, en ese sentido, no corresponde aprobar la condición mínima contemplada en el inciso 9 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta;

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

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General; la Ley de Seguros y el Reglamento de Conducta;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado “Desgravamen Retorno”,





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

presentadas por la Compañía. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro, otorgándole el Código de Registro N° VI2007400247.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 18° del Reglamento de Conducta, La Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto “Desgravamen Retorno”, conjuntamente con la presente Resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso la Compañía decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los 60 días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA POLIZA

(...)

Toda declaración inexacta o reticente formulada por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO sobre circunstancias conocidas por éstos que, de haber sido informadas a LA COMPAÑÍA, hubiera impedido la celebración del seguro o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente seguro, si media dolo o culpa inexcusable¹. En dicho supuesto, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y/o LOS BENEFICIARIOS carecerán de todo derecho a indemnización bajo la póliza, quedando LA COMPAÑÍA liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo determinado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, LA COMPAÑÍA devolverá a EL ASEGURADO el valor de las primas pagadas sin intereses ni impuestos, y disminuidas en un monto equivalente a la prima pagada por el primer año de duración de la póliza.

Se consideran dolosas a aquellas respuestas a preguntas formuladas en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios que contengan declaraciones inexactas o reticentes sobre circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

(...)

QUINTA: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LAS COBERTURAS

La presente póliza se emite con vigencia anual renovable automáticamente. Transcurrido este periodo, la presente póliza se renovará en forma automática. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación escrita de LA COMPAÑÍA con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, LA COMPAÑÍA detallará las modificaciones en caracteres destacados. EL CONTRATANTE tendrá un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso se contrate el presente seguro bajo la modalidad grupal, LA COMPAÑÍA proporcionará a EL CONTRATANTE documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en la póliza de conformidad al párrafo precedente.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la cobertura se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia anual correspondiente de la presente póliza.

¹ Se aprueba teniendo en consideración que en virtud al artículo 9 de la Ley de Contrato de Seguro, el asegurador dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta realizada con dolo o culpa inexcusable, plazo que debe computarse desde que el asegurador conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento del asegurador debe ser notificado por medio fehaciente.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza por lo que el seguro se extinguirá de pleno derecho.

En caso no proceda la renovación automática de la póliza contratada bajo la modalidad grupal debido a que se rechazó la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA; EL CONTRATANTE deberá comunicar a los Asegurados que la póliza no será renovada y que las coberturas se extinguirán al término de la vigencia anual correspondiente.

(...)

NOVENA: PRIMAS

(...)

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, LA COMPAÑÍA comunicará AL CONTRATANTE y/o AL ASEGURADO que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días desde el vencimiento de la obligación, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si el siniestro ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada será deducida del beneficio correspondiente.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el seguro. Para tal efecto, comunicará a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el seguro por falta de pago de prima.

En todo caso, si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, se entiende que el seguro queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas por parte de LA COMPAÑÍA.

Se deja expresa constancia que las comunicaciones referidas en la presente cláusula deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

DÉCIMO PRIMERA: RESOLUCIÓN UNILATERAL

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro y con por lo menos treinta (30) días de anticipación, podrá solicitar la resolución del presente seguro sin expresión de causa.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso EL CONTRATANTE ejerza esta opción y se trate de un seguro contratado bajo la modalidad grupal, se obliga a comunicar a los Asegurados incorporados a la presente póliza, con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de resolución, su decisión de resolver el contrato de seguro y que como consecuencia de ello terminará la cobertura otorgada a todos los Asegurados.

Se deja constancia que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO tienen conocimiento de los efectos de su decisión sobre el crédito asociado al presente seguro y que es su responsabilidad dar aviso a EL COMERCIALIZADOR.

Siempre que se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro y no corresponda realizar el pago de alguna de las coberturas otorgadas, la resolución del seguro dará al Titular del Crédito Asociado el derecho de obtener el valor de rescate de la póliza, según el valor indicado en el acápite 4 de las Condiciones Particulares. El pago del valor de rescate se realizará dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada la solicitud de resolución.

Adicionalmente, LA COMPAÑÍA devolverá al Titular del Crédito Asociado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido, en caso corresponda.

DÉCIMO SEGUNDA: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por revocación del consentimiento de EL ASEGURADO, en caso EL ASEGURADO sea persona distinta a EL CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales.
2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales².
3. Por falta de pago oportuno de primas de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Novena de las presentes Condiciones Generales.
4. Por solicitud de resolución de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera de las presentes Condiciones Generales.

² CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA POLIZA

(...)

Si la declaración inexacta o reticente, no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

- i. Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, LA COMPAÑÍA presentará a EL CONTRATANTE o ASEGURADO una propuesta de revisión del seguro dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada en un plazo máximo de diez (10) días.
En caso sea aceptada la revisión del seguro, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, LA COMPAÑÍA podrá resolver el seguro, mediante una comunicación dirigida a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, LA COMPAÑÍA reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. De determinarse que el riesgo no es asegurable, no existirá suma asegurada y se procederá con la devolución total de la prima percibida.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

5. Por la presentación de una Reclamación Fraudulenta³, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales.

(...)

Como consecuencia de la resolución o extinción del presente seguro, dejarán de surtir efectos las coberturas otorgadas en virtud del mismo, liberándose a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción antes listadas, queda expresamente convenido que LA COMPAÑÍA devolverá al Titular del Crédito Asociado⁴ la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución. Asimismo, en caso se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro y no corresponda realizar el pago de la cobertura, la resolución o extinción del seguro dará al Titular del Crédito Asociado el derecho de obtener el valor de rescate, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si EL CONTRATANTE incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones Generales.
2. Si se comprobare que la edad real de EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Octava de las presentes Condiciones Generales⁵.
3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.

³ DÉCIMO QUINTA: RECLAMACIÓN FRAUDULENTE

LA COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, sus herederos o terceras personas que actúen en su representación, exageran los daños o emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta acarreará la resolución del seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, LA COMPAÑÍA comunicará a EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o beneficiario, según corresponda, el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros. Dicha comunicación podrá ser remitida por correo, correo electrónico y/o fax a la dirección o número indicado por éste en la solicitud del seguro o documento posterior. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a LA COMPAÑÍA, ésta quedará liberada de toda obligación. El seguro quedará resuelto de pleno derecho a los treinta (30) días de recibida la comunicación de resolución.

⁴ De acuerdo con la Cláusula Primera de las Condiciones Generales del presente producto, el Titular del Crédito Asociado es la persona natural o jurídica que suscribe y se obliga al pago del Crédito Asociado.

⁵ OCTAVA: EDAD

(...)

Si se comprobare que, a la fecha de contratación del presente seguro, la edad declarada por EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso establecida en las Condiciones Particulares, el seguro será nulo, debiendo LA COMPAÑÍA devolver a EL CONTRATANTE el valor de las primas pagadas.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

4. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Cuarta de las presentes Condiciones.

DÉCIMO CUARTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de siniestro, el beneficiario deberá informar por escrito al domicilio de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible.

Posteriormente, el beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de los siguientes documentos:

| Muerte Natural | Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente | Invalidez Total y Permanente por Enfermedad |
|---|--|---|
| (1) Partida de defunción o acta de defunción. (2) Certificado médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (5) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de EL COMERCIALIZADOR. | (1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (2) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal. (3) Resultado del examen de dosaje etílico o del examen toxicológico, en caso corresponda. (4) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de EL COMERCIALIZADOR. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (5) Partida de defunción o acta de defunción. (6) Certificado médico de defunción completo. (7) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (8) Protocolo de Necropsia Completo. | (1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP. En caso sea emitido por un tercero distinto a los antes indicados, únicamente tendrá valor informativo y referencial, debiendo el Asegurado someterse a las evaluaciones que le requiera la Compañía, la cual asumirá los costos de las mismas. (2) Historia Clínica completa, foliada y fedateada. (3) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de EL COMERCIALIZADOR. |

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

Para solicitar el pago de la cobertura de sobrevivencia, EL ASEGURADO deberá enviar una comunicación a LA COMPAÑÍA adjuntando copia de su documento de identidad o autenticando su identidad a través de los medios digitales que LA COMPAÑÍA ponga a su disposición.

Asimismo, dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida en la presente cláusula para la evaluación de la solicitud de cobertura, LA COMPAÑÍA podrá requerir información y/o documentación adicional para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario; y, se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que el Beneficiario cumpla con proporcionar la información y/o documentación adicional solicitada por LA COMPAÑÍA, se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional requerida por LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos indicados en la presente cláusula para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que se solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Aprobada la solicitud de cobertura o no rechazada dentro del plazo antes indicado, el siniestro quedará consentido.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiesen tener los beneficiarios en virtud del presente seguro, los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

DÉCIMO SEXTA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar la suma asegurada por las coberturas del presente seguro deberá ser cumplida por LA COMPAÑÍA en un solo acto y por su valor total, dentro del plazo de treinta (30) días de consentido el siniestro.

DÉCIMO OCTAVA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación de EL CONTRATANTE notificar a los beneficiarios designados de la existencia del presente contrato de seguros, quienes adicionalmente podrán solicitar información del estado de la póliza al fallecimiento de EL ASEGURADO, de acuerdo con lo establecido en el Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Cumplido el plazo de prescripción, sin que se hubiere solicitado el beneficio, LA COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio, en los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

DÉCIMO NOVENA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia o litigio entre LA COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO, el Beneficiario y/o los herederos de EL ASEGURADO, si lo hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas peruanas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Perú.

VIGÉSIMA: MODIFICACION DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso aceptado por LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE.

Durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL 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. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

En caso se contrate el presente seguro bajo la modalidad grupal, LA COMPAÑÍA proporcionará a EL CONTRATANTE documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en la póliza.

