



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 22 de abril de 2022

RESOLUCIÓN SBS

N° 01333 - 2022

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 16 de julio de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Lifestyle - Dólares"¹, registrado con Código SBS N° VI2007220103, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4191 - 2015 de fecha 16 de julio de 2015.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 16 de julio de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Lifestyle - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2007220103;

Que, a través de la Resolución SBS N° 4191 - 2015 de fecha 16 de julio de 2015, 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 y personal, 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

¹ También denominado Lifestyle.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 vida grupo particular, no corresponde la aprobación de la condición mínima referida a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud, prevista en el inciso 2 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento de Conducta;

Que, de acuerdo a lo señalado por la Compañía en la cláusula décimo octava de las Condiciones Generales, no resulta aplicable al producto la condición mínima referida a la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo a la empresa de seguros de la ocurrencia del siniestro, prevista en el inciso 9 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta;

Que, la presente resolución aprueba las condiciones mínimas previstas en las cláusulas cuarta, novena y vigésimo tercera, así como la modificación de las condiciones mínimas contempladas en las cláusulas segunda, décimo séptima y décimo octava de las Condiciones Generales del producto "Lifestyle - Dólares", sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, 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 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 de Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las condiciones mínimas previstas en las cláusulas cuarta, novena y vigésimo tercera, así como la modificación de las condiciones mínimas contempladas en las cláusulas segunda, décimo séptima y décimo octava de las Condiciones Generales del producto "Lifestyle - Dólares", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4191 - 2015 de fecha 16 de julio de 2015, 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 empresa en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del Registro de Pólizas. 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 "Lifestyle - Dólares", 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 "Lifestyle - Dólares" 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

CONDICIONES GENERALES

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO²

(...)

El Asegurado podrá resolver el contrato respecto de sí mismo, sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro, dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el correspondiente Certificado de Seguro, en cuyo caso, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades³.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA POLIZA

(...)

La Compañía requerirá consentimiento previo por escrito del Asegurado cuando el Contratante del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. En este supuesto, el Asegurado podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la Compañía, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del Asegurado, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho y la Compañía devolverá al Asegurado⁴ la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido.

NOVENA: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La póliza se emite con vigencia anual. Transcurrido este periodo, la presente póliza se renovará en forma automática, salvo que el Contratante o la Compañía manifiesten, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento de la póliza. 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

² De conformidad con lo indicado por la compañía, el presente producto no es una condición para contratar una operación crediticia.

³ Se aprueba la presente condición mínima, considerando que de acuerdo a lo establecido en el artículo 7 del Reglamento de Comercialización de Productos de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 1121-2017 y sus modificatorias, el asegurado podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

⁴ De conformidad con lo indicado por la compañía, el obligado al pago de la prima es el asegurado.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 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.

Para estos efectos, la Compañía proporcionará al 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 contrato quedará resuelto.

En caso no proceda la renovación automática de la presente póliza debido a que (i) alguna de las partes manifestó su decisión de no renovarla; o, (ii) 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.

Se deja expresa constancia que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida en grupo temporal.

DÉCIMA: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Toda modificación de la póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía.

Durante cada periodo de vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados 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. 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 la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza.

DÉCIMO CUARTA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, la Compañía comunicará 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 otorgada 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada por el Asegurado 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 Certificado de Seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al Asegurado con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la afiliación a la póliza 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 para el pago de la prima adeudada, se entiende que el seguro queda extinguido respecto del Asegurado que incurrió en incumplimiento. 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 la Compañía no aplicará las consecuencias del incumplimiento en caso se haya pagado una prima igual o mayor a la correspondiente al periodo efectivamente transcurrido.

Asimismo, 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 Asegurado, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia del 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 SEXTA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE Y DESAFILIACIÓN DEL ASEGURADO

El Contratante, en cualquier momento, podrá solicitar la resolución de la presente póliza sin expresión de causa, previa comunicación escrita, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la notificación de la respectiva solicitud (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto de la totalidad de Asegurados incorporados a la misma. La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar copia del RUC del Contratante y DNI de su representante legal.

En dicho supuesto, el Contratante comunicará 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 los Asegurados.

Asimismo, se deja expresa constancia que el Asegurado, en cualquier momento y empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la adquisición del seguro, podrá solicitar su desafiliación al seguro (resolución respecto de sus coberturas) sin expresión de causa, quedando sin efecto las coberturas otorgadas al amparo de la presente póliza respecto de dicho Asegurado a partir de las 23:59 horas del último día calendario del mes en el que se realice la respectiva solicitud (fecha efectiva de la desafiliación) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto del Asegurado solicitante. A efectos de verificar la identidad del Asegurado, se deberá adjuntar a la solicitud de desafiliación copia del DNI del Asegurado.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Se deja expresa constancia que cualquier prima que, por error o debido al corto periodo que medie entre la solicitud y la fecha efectiva de la desafiliación, fuese cobrada de manera posterior a la fecha de la desafiliación del Asegurado, únicamente generará la obligación de devolución de la prima cobrada en exceso más el interés legal. En tal sentido, la Compañía no asumirá responsabilidad alguna por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha.

DÉCIMO SÉPTIMA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente póliza se resolverá por solicitud escrita del Contratante de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por parte del Contratante y Desafiliación del Asegurado" y se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro".

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados afiliados a la misma y la Compañía quedará liberada de toda obligación indemnizatoria derivada del presente contrato.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado en los siguientes supuestos:

1. Por el ejercicio del derecho de arrepentimiento, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "De los documentos – Derecho de Arrepentimiento".
2. Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Normas para la Contratación de la Póliza".
3. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del Certificado de Seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado"⁵.

⁵ QUINTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

(...)

Si la declaración inexacta o reticente, no obedece a dolo o culpa inexcusable del 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 al Asegurado una propuesta de revisión del Certificado de 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 coberturas y deberá ser aceptada o rechazada por el Asegurado en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión del Certificado de 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 Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. Corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

4. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento de Pago de Primas".

5. Por solicitud de desafiliación del Asegurado realizada de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución por parte del Contratante y Desafiliación del Asegurado".

6. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Solicitud de Cobertura Fraudulenta"⁶.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes hechos:

1. Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en la presente póliza.
2. Cuando el Asegurado supere la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde la fecha establecida en las Condiciones Particulares para realizar el pago de la prima, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.

Salvo en caso de fallecimiento, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o se extinguiese; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el

- 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 era asegurable no existirá suma asegurada a pagar y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

⁶ VIGÉSIMA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Contratante, el Asegurado, sus beneficiarios 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 solicitud de cobertura 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 generará la resolución del seguro respecto del Asegurado cuya cobertura es objeto de fraude. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver el seguro 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la cobertura de éste seguro será Nula respecto de cada Asegurado y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si, al momento de la afiliación al seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable⁷, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado"⁸.
2. En caso de declaración inexacta de la edad el Asegurado, si se comprobase que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de afiliación al seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad"⁹.
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.

⁷ 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.

⁸ QUINTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

(...)

Toda declaración inexacta o reticente formulada por el Asegurado, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera impedido la afiliación del Asegurado al presente seguro o modificado las condiciones de dicho acto, determina la nulidad de la afiliación, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto el Contratante, 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 indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del acto de afiliación, la Compañía devolverá las primas pagadas que correspondan, sin intereses ni impuestos, y disminuidas en un monto máximo equivalente a las primas pagadas 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 Asegurado.

(...)

⁹ SÉPTIMA: EDAD

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente póliza cualquier persona que mantiene vigentes cuentas de ahorros, cuentas corrientes y/o tarjetas de crédito con el Contratante y que no supere la "Edad Máxima de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como asegurado hasta la "Edad Máxima Permanencia" establecida en las Condiciones Particulares.

La Compañía podrá requerir al Contratante, al Asegurado y/o a los herederos del Asegurado que acrediten la edad del Asegurado a través de un documento oficial antes de otorgar cualquier beneficio acordado a través de la presente póliza.

Si se comprobase que la edad declarada por el Asegurado fuese inexacta y la edad real superaba de la "Edad Máxima de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares al momento de presentar su solicitud de seguro, su cobertura quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Asegurado el valor de las primas pagadas, sin intereses.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 Asegurado, 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, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

DÉCIMO OCTAVA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Los beneficiarios deberán informar por escrito en el domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro 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.

Posteriormente, los beneficiarios deberán presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos¹⁰:

En caso de Muerte Natural

1. Partida o acta de defunción.
2. Certificado Médico de Defunción Completo
3. Informe Médico ampliatorio (formato de la Compañía).
4. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.

En caso de Muerte Accidental o Muerte Accidental en Accidente de Tránsito

1. Partida o acta de defunción.
2. Certificado Médico de Defunción Completo.
3. Informe Médico ampliatorio (formato de la Compañía).
4. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
5. Protocolo o Acta de necropsia completa, cuando corresponda.
6. Atestado o Informe policial completo (o Carpeta Fiscal)
7. Resultado del examen de dosaje etílico y Toxicológico, cuando corresponda.

Se deja expresa constancia que, en caso de fallecimiento no accidental, 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, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

¹⁰ 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

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.

En caso los beneficiarios sean los hederos legales del Asegurado instituidos conforme a ley, además de los documentos antes listados se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

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.

En caso la solicitud de cobertura sea presentada ante el Contratante, le corresponderá a éste, solicitar a los Beneficiarios y/o Herederos Legales los documentos indicados para acceder a las coberturas del presente seguro.

Excepcionalmente, en los casos en los que exista un proceso judicial, en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa la cobertura del siniestro o el derecho de los beneficiarios, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo el original o copia con certificación de reproducción notarial de la sentencia o resolución definitiva dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el artículo 74° de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946. En el requerimiento, la Compañía deberá justificar al Beneficiario, la necesidad de dicho documento. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso¹¹.

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 solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por la Compañía o hubiese transcurrido el plazo antes indicado o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, sin pronunciamiento; se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

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,

¹¹ Se aprueba esta cláusula bajo la premisa que el pronunciamiento en el proceso en trámite, al que se hace referencia, será determinante para el otorgamiento de cobertura o la determinación del derecho de los beneficiarios. En tal sentido, la presente cláusula se rige bajo la décima regla de interpretación del Art. IV de la Ley del Contrato de Seguro, que señala que las cargas impuestas convencionalmente al contratante, asegurado o beneficiario deben ser razonables.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

VIGÉSIMO TERCERA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del Asegurado notificar a los beneficiarios designados de la existencia del presente contrato de seguro, quienes adicionalmente podrán solicitar información del estado de la póliza al fallecimiento del 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 el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, hubieran solicitado la cobertura o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación derivada de la misma, 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.

VIGÉSIMO CUARTA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 16 JUL. 2015

Resolución S.B.S

N° 4191-2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por El Pacífico Vida Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 15 de enero de 2014, 22 de junio de 2015 y 01 de julio 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 "LifeStyle - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2007220103 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:

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento,





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.

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

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

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

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

f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en 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;

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 "Lifestyle - 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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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;

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 "Lifestyle - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2007220103 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 seguro de vida en grupo particular.

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 "Lifestyle - Dólares", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución.

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

Artículo Tercero.- La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Lifestyle - 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 RÍOS
SUPERINTENDENTE ADJUNTO
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

(...)

El Asegurado podrá resolver el contrato respecto de sí mismo, sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro, dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el correspondiente Certificado de Seguro, en cuyo caso, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

QUINTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

Las incorporaciones a la presente póliza son aceptadas por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios.

Toda declaración inexacta o reticente formulada por el Asegurado, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera impedido la afiliación del Asegurado al presente seguro o modificado las condiciones de dicho acto, determina la nulidad de la afiliación, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto el Contratante, 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 indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del acto de afiliación, la Compañía devolverá las primas pagadas que correspondan, sin intereses ni impuestos, y disminuidas en los gastos administrativos incurridos por ésta por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a las primas pagadas 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 Asegurado.

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

Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía presentará al Asegurado una propuesta de revisión del Certificado de 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 coberturas y deberá ser aceptada o rechazada por el Asegurado en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión del Certificado de Seguro, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Compañía podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado 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 era asegurable no existirá suma asegurada a pagar y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

DÉCIMA: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Toda modificación de la póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía.

Durante cada periodo de vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados 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. 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 la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza.

DÉCIMO CUARTA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, la Compañía comunicará 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 otorgada 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 fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada por el Asegurado 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 Certificado de Seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al Asegurado con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la afiliación a la póliza 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 para el pago de la prima adeudada, se entiende que el seguro queda extinguido respecto del Asegurado que incurrió en incumplimiento. 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Se deja expresa constancia que la Compañía no aplicará las consecuencias del incumplimiento en caso se haya pagado una prima igual o mayor a la correspondiente al periodo efectivamente transcurrido.

Asimismo, 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 Asegurado, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia del 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 SEXTA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE Y DESAFILIACIÓN DEL ASEGURADO

El Contratante, en cualquier momento, podrá solicitar la resolución de la presente póliza sin expresión de causa, previa comunicación escrita, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la notificación de la respectiva solicitud (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto de la totalidad de Asegurados incorporados a la misma. La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar copia del RUC del Contratante y DNI de su representante legal.

En dicho supuesto, el Contratante comunicará 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 los Asegurados.

Asimismo, se deja expresa constancia que el Asegurado, en cualquier momento y empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la adquisición del seguro, podrá solicitar su desafiliación al seguro (resolución respecto de sus coberturas) sin expresión de causa, quedando sin efecto las coberturas otorgadas al amparo de la presente póliza respecto de dicho Asegurado a partir de las 23:59 horas del último día calendario del mes en el que se realice la respectiva solicitud (fecha efectiva de la desafiliación) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto del Asegurado solicitante. A efectos de verificar la identidad del Asegurado, se deberá adjuntar a la solicitud de desafiliación copia del DNI del Asegurado.

Se deja expresa constancia que cualquier prima que, por error o debido al corto periodo que medie entre la solicitud y la fecha efectiva de la desafiliación, fuese cobrada de manera posterior a la fecha de la desafiliación del Asegurado, únicamente generará la obligación de devolución de la prima cobrada en exceso más el interés legal. En tal sentido, la Compañía no asumirá responsabilidad alguna por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha.

DÉCIMO SÉPTIMA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente póliza se resolverá por solicitud escrita del Contratante de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por parte del Contratante y Desafiliación del Asegurado" y se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro".





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados afiliados a la misma y la Compañía quedará liberada de toda obligación indemnizatoria derivada del presente contrato.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado en los siguientes supuestos:

1. Por ejercicio del derecho de arrepentimiento, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "De los documentos – Derecho de Arrepentimiento".
2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del Certificado de Seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento de Pago de Primas".
4. Por solicitud de desafiliación del Asegurado sin expresión de causa realizada de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución por parte del Contratante y Desafiliación del Asegurado".
5. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Solicitud de Cobertura Fraudulenta"¹.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes hechos:

1. Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en la presente póliza.
2. Cuando el Asegurado supere la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde la fecha establecida en las Condiciones Particulares para realizar el pago de la prima, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.

Salvo en caso de fallecimiento, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes citados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos

¹ VIGÉSIMA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Contratante, el Asegurado, sus beneficiarios 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 solicitud de cobertura 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 generará la resolución del seguro, respecto del Asegurado cuya cobertura es objeto de fraude. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará su decisión de resolver el seguro en virtud de la presente cláusula. Dicha comunicación podrá ser remitida a través de los medios y dirección acordados en la presente póliza o consignados por el Asegurado en la solicitud de seguro. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a la Compañía, ésta quedará liberada de toda obligación.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

beneficiarios todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o se extinguiese; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Asegurado deberá solicitar por escrito ante la Compañía la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Asegurado, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la cobertura de éste seguro será Nula respecto de cada Asegurado y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si, al momento de la afiliación al seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado"
2. En caso de declaración inexacta de la edad el Asegurado, si se comprobase que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de afiliación al seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad"².
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 Asegurado, sin intereses. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

Las coberturas contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la presente póliza, terminarán en cualquiera de los supuestos de extinción, resolución y nulidad mencionados en los puntos precedentes.

DÉCIMO OCTAVA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Los beneficiarios deberán informar por escrito en el domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro 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.

² SÉPTIMA: EDAD

(...)

Si se comprobase que el Asegurado superaba de la "Edad Máxima de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares al momento de presentar su solicitud de seguro, su cobertura quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Asegurado el valor de las primas pagadas, sin intereses.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Posteriormente, los beneficiarios deberán presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de Muerte Natural	En caso de Muerte Accidental o Muerte Accidental en Accidente de Tránsito
1. Partida o acta de defunción.	1. Partida o acta de defunción.
2. Certificado Médico de Defunción Completo	2. Certificado Médico de Defunción Completo.
3. Informe Médico ampliatorio (formato de la Compañía).	3. Informe Médico ampliatorio (formato de la Compañía).
4. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	4. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
	5. Protocolo o Acta de necropsia completa, cuando corresponda.
	6. Atestado o Informe policial completo (o Carpeta Fiscal)
	7. Resultado del examen de dosaje étílico y Toxicológico, cuando corresponda.

Se deja expresa constancia que, en caso de fallecimiento no accidental, 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, 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.

En caso los beneficiarios sean los herederos legales del Asegurado instituidos conforme a ley, además de los documentos antes listados se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que, dentro del plazo de veinte (20) días de completada la información antes listada, solicite la Compañía para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que los beneficiarios cumplan con proporcionar la información y/o documentación 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 que sea requerida por la Compañía.

En caso la solicitud de cobertura sea presentada ante el Contratante, le corresponderá a éste, solicitar a los Beneficiarios y/o Herederos Legales los documentos indicados para acceder a las coberturas del presente seguro.

Excepcionalmente, en los casos en los que exista un proceso judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa la cobertura del siniestro o el derecho de los beneficiarios, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo copia de la sentencia, resolución o laudo definitivo dentro del plazo de 30 días establecido en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946. En el requerimiento, la compañía deberá justificar al beneficiario la necesidad de dicho documento. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.

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 solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por la Compañía o hubiese transcurrido el plazo antes indicado o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, sin pronunciamiento; se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

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.

VIGÉSIMO CUARTA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

