



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 02 de diciembre de 2021

RESOLUCIÓN SBS

N° 03676-2021

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 14 de abril de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro Accidentes Devolución Total”¹, registrado con Código SBS N° AE2006100219, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 524 - 2018 de fecha 12 de febrero de 2018.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 14 de abril de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro Accidentes Devolución Total”, registrado con Código SBS N° AE2006100219;

Que, a través de la Resolución SBS N° 524 - 2018 de fecha 12 de febrero de 2018, 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 personal y masivo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros. Cabe indicar que de acuerdo a lo indicado por la Compañía, el producto puede ser comercializado como no masivo según el canal de comercialización a ser empleado;

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;

¹ También denominado Seguro de Accidentes con devolución Plus BCP.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 la condición mínima solicitada;

Que, considerando que nos encontramos ante una póliza de accidentes personales, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas contempladas en los incisos 2 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 Reglamento de Conducta, referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud y a la revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, aplicable a seguros de vida, respectivamente;

Que, de acuerdo con la cláusula novena de las condiciones generales, la póliza se mantendrá vigente hasta el fin del plazo de contratación elegido, sin tener el carácter de renovable, de modo que no se aplicará la condición mínima referida al procedimiento para la renovación y modificación de la póliza, contemplada en el inciso 11 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas previstas en las cláusulas décimo quinta, décimo novena y vigésimo sexta de las Condiciones Generales del producto "Seguro Accidentes Devolución Total", 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, aprobada por la 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 la modificación de las condiciones mínimas previstas en las cláusulas décimo quinta, décimo novena y vigésimo sexta de las Condiciones Generales del producto "Seguro Accidentes Devolución Total", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 524 - 2018 de fecha 12 de febrero de 2018, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las condiciones mínimas y 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 "Seguro Accidentes Devolución Total", incorporado en el





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 "Seguro Accidentes Devolución Total" 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

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

(...)

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, 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 penalidades².

(...)

DÉCIMO PRIMERA: 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 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 fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada por el Contratante 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 la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver 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 en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, se entiende que el contrato 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 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.

² 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 contratante 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Asimismo, se deja expresa constancia que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables y/o exigibles al presente seguro, por tratarse de un seguro de accidentes personales.

Además, queda expresamente convenido 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, 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 CUARTA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE Y RETORNO DE PRIMAS

El Contratante podrá solicitar, en cualquier momento y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación de la póliza, la resolución de su póliza, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza, salvo por lo dispuesto en el siguiente párrafo. En caso la comunicación de resolución sea efectuada por escrito, el Contratante deberá adjuntar copia de su DNI, o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas.

A partir del año póliza establecido en las Condiciones Particulares, si el Contratante se encuentra al día en el pago de las primas y salvo proceda el pago de la cobertura por fallecimiento o invalidez, de haberse contratado, el Contratante tendrá derecho a percibir el porcentaje de retorno de las primas pagadas netas de impuestos. El porcentaje de retorno de las primas pagadas dependerá de la fecha de resolución de la póliza y se aplicará sobre la resta de: (i) el total de las primas pagadas hasta el momento de la resolución de la póliza; menos (ii) los impuestos que, de ser el caso hubieran gravado la operación, conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares. En caso el Contratante haya superado el periodo requerido para percibir un porcentaje de retorno de primas estando vigente la póliza y, luego de ello, se produzca un incumplimiento en el pago de las primas, no se contabilizará como transcurrido aquel periodo en el cual la prima se haya encontrado impaga a efectos del cálculo del porcentaje de retorno, restándose para ello el periodo impago de la vigencia de la póliza.

Asimismo, si el Contratante mantuviera su póliza vigente durante todo el periodo de vigencia de la misma, al final del mismo se le entregará como retorno de primas un importe equivalente al porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de las primas pagadas menos los impuestos que de ser el caso hubieran gravado la operación.

En caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas y el Contratante ejerce la facultad de resolver el contrato de seguro, deberá comunicarlo al Asegurado con por lo menos quince (15) días de anticipación.

En caso la terminación anticipada de la póliza se produzca por falta de pago, el retorno de primas se devengará a partir del séptimo mes contado desde la fecha de terminación de la póliza. De esta manera, el Contratante podrá acceder a la Opción de Continuidad establecida en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Opción para la Continuidad de las Condiciones del





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Seguro”³. Sin perjuicio de ello, antes de transcurrido el plazo para ejercer la Opción de Continuidad, el Contratante podrá comunicar por escrito a la Compañía que no ejercerá la Opción de Continuidad y, por tanto, desea obtener el porcentaje de retorno de primas que corresponda.

DÉCIMO QUINTA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza se resolverá en cualquiera de 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 Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza 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”⁴.

³ DÉCIMO TERCERA: OPCIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

Las partes acuerdan que, en caso se produzca la terminación anticipada del presente contrato de seguro (resolución o extinción) por falta de pago oportuno de primas, el Contratante dispondrá de un plazo máximo y no renovable de seis (06) meses para solicitar la emisión de un nuevo contrato, en el cual se respetarán los términos y condiciones correspondientes al presente seguro.

Para acceder a este beneficio, el Contratante deberá cumplir con lo siguiente:

- Suscribir el formato de opción de continuidad proporcionado por la Compañía.
- Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre el Asegurado que sean requeridas por la Compañía; siendo de cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- Pagar un monto equivalente a la reserva matemática necesaria para viabilizar el retorno de primas conforme a lo establecido en el presente contrato. El monto de dicha reserva será el resultado de la suma total de las primas que hubiese tenido que pagar el Contratante si el presente contrato hubiera estado vigente, más los respectivos intereses legales. En caso la opción de continuidad sea aprobada conforme a lo indicado en la presente cláusula, dicho monto se imputará a la reserva matemática del nuevo contrato.
- Demostrar capacidad de pago a través de la entrega de un monto equivalente a la prima correspondiente a un (01) periodo de cobertura según la frecuencia contratada en el presente contrato. En caso la opción de continuidad sea aprobada conforme a lo indicado en la presente cláusula, dicho monto se imputará al primer periodo de cobertura del nuevo contrato.

Se deja expresa constancia que la Compañía no otorgará cobertura durante el trámite de evaluación correspondiente a la opción de continuidad, por lo que de producirse un siniestro antes del inicio de vigencia del nuevo contrato o del rechazo de la solicitud, éste no gozará de cobertura.

En caso no proceda la emisión del nuevo contrato por haberse determinado que el Asegurado no cumple con las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía, la Compañía reembolsará al Contratante el monto total que éste hubiere desembolsado a favor de la Compañía a efectos de acceder a la opción de continuidad.

Queda expresamente convenido que en cualquier momento durante la evaluación de la solicitud para acceder a la opción de continuidad y hasta antes de comunicada la aprobación de dicho trámite, el Contratante podrá desistirse de la solicitud remitiendo a la Compañía una carta simple adjuntando copia de su documento de identidad o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas. La Compañía procederá con la devolución del monto total que el Contratante hubiere desembolsado a favor de la Compañía a efectos de acceder a la opción de continuidad en un plazo no mayor a treinta (30) días de recibida la notificación del desistimiento.

Se deja expresa constancia que el Contratante no podrá acceder a la Opción de Continuidad, una vez liquidado el Retorno de Primas al que se hace referencia en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución de la Póliza por parte del Contratante y Retorno de Primas”.

⁴ QUINTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

La póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado en su solicitud, en sus documentos accesorios o complementarios y en los cuestionarios relativos a la salud y actividades del Asegurado, en caso corresponda.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".
4. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por parte del Contratante y Retorno de Primas".
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"⁵.
6. Por Agravación del Riesgo, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Modificación del Riesgo Asegurado"⁶.

Toda declaración inexacta o reticente, formulada por el Contratante y/o el Asegurado sobre circunstancias conocidas por éstos, que de haber sido conocidas por la Compañía hubieran impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente contrato, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto el Contratante, el Asegurado, y/o los Beneficiarios carecerán de todo derecho de 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 contrato, la Compañía devolverá al Contratante las primas pagadas sin intereses, ni impuestos, disminuidas en los gastos administrativos incurridos por ésta por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo 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.

Si la declaración inexacta o reticente, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o 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 Contratante una propuesta de revisión de la póliza 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 por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. En caso sea aceptada la revisión de la póliza, 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 la póliza, mediante una comunicación dirigida al Contratante, 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.

⁵ 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, 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 acarreará la resolución del presente contrato de seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará al Contratante y/o al 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.

⁶ VIGÉSIMO PRIMERA: MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

El Contratante y/o el Asegurado, en su caso, deben notificar por escrito a la Compañía cuando se produzca cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado que agrave el riesgo asumido por la Compañía en las Condiciones Generales y/o en las Cláusulas Adicionales al momento de emitir la póliza.

En especial, se entenderá que existe una agravación del riesgo cuando el Asegurado cambie o desempeñe paralelamente alguna profesión,





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Como consecuencia de la resolución, el presente contrato de seguro dejará de surtir efectos, perdiendo el Asegurado la cobertura del seguro y 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 de la póliza antes listadas, queda expresamente convenido que la Compañía devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el 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.

En caso la resolución de contrato sea consecuencia del ejercicio del derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará conforme a lo dispuesto en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento".

Asimismo, se deja expresa constancia que la resolución o extinción de la póliza dará al Contratante el derecho de percibir el porcentaje de retorno de primas de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por parte del Contratante y Retorno de Primas".

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

1. Si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurren 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"⁷.
2. En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad"⁸.

ocupación o actividad que esté relacionada con maquinaria pesada, embarcaciones, fuego, explosiones, radiación, electricidad, agentes químicos o biológicos y/o posesión de armas de fuego; o, en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas, quemaduras, golpes, cortes y/o amputaciones.

La Compañía le comunicará al Contratante en los 15 días siguientes de recibida la notificación de la modificación del riesgo asegurado su decisión de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. En caso la Compañía decida resolver el contrato de seguro, el contrato se entenderá resuelto transcurridos 30 días de realizada la notificación de resolución. Si la agravación del riesgo no es comunicada oportunamente, la Compañía tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

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 NOVENA: EDAD

(...)

Si resultase que la edad declarada fuese mayor que la real, la Compañía procederá a restituir el exceso de la prima comercial percibida sin intereses, de corresponder. Por otro lado, si resultase que la edad declarada fuese menor que la real, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima comercial correspondiente a la edad real y la prima comercial pagada por el Contratante.

Sin embargo, si resultase que a la fecha de contratación de la póliza, el Asegurado era una persona no asegurable, el contrato será nulo y





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 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, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".

Las coberturas adicionales contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la presente póliza, terminarán en la fecha estipulada para cada una de ellas en las Condiciones Particulares o en cualquiera de los supuestos de extinción, resolución y nulidad mencionados en los puntos precedentes, lo que ocurra primero.

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

Los beneficiarios deberán informar por escrito al domicilio de la Compañía 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, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, deberán presentar a la Compañía o al Comercializador, de ser el caso, la solicitud de cobertura empleando el formato de declaración de siniestro que le sea proporcionado por la Compañía, adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.
3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
4. Protocolo de Necropsia de Ley completo, en caso corresponda.
5. Resultado toxicológico, en caso corresponda.
6. Resultado del examen de dosaje etílico, en caso corresponda.
7. Copia Certificada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, cuando corresponda.
8. En caso los beneficiarios sean los hederos legales instituidos conforme a ley, copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

Se deja expresa constancia que, 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

quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Contratante el valor de las primas pagadas sin intereses ni impuestos.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

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 de fallecimiento, dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida en la presente cláusula, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

En aquellos casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia, el cuerpo del Asegurado fallecido no podrá ser embalsamado o sometido a ningún tratamiento o cualquier otro proceso que signifique una alteración al estado de los tejidos u órganos del cuerpo, sin que previamente se haya realizado la necropsia de ley y en tanto la Compañía no se pronuncie respecto a la cobertura del siniestro. La falta de realización de la necropsia de acuerdo a ley constituye un acto de culpa inexcusable y en consecuencia libera a la Compañía de toda responsabilidad frente al siniestro, en tanto afecta la posibilidad de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

Asimismo, en caso la Compañía requiera exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido dentro de los veinte (20) días de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula y, posteriormente a ello, el cuerpo del Asegurado fallecido sea embalsamado o sometido a un tratamiento o proceso a los que se refiere el párrafo precedente, sin que se hayan efectuado los exámenes requeridos, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado, en tanto ese hecho afecte la posibilidad de la Compañía de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro⁹.

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

⁹ Se aprueba la presente condición en tanto la Compañía solo aplicará la sanción prevista en esta cuando, habiéndose realizado el requerimiento de exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido en forma previa al embalsamamiento o tratamiento del cuerpo, con posterioridad se realicen dichos procedimientos. Por tanto, no resultará aplicable en caso se haya procedido con dichos tratamientos en forma previa al requerimiento de la Compañía.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Compañía deberá justificar al Beneficiario, la necesidad de dicho documento. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso¹⁰.

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 SEXTA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del 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 del Asegurado 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 el beneficio 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 SÉPTIMA: 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.

¹⁰ Se aprueba esta cláusula bajo la premisa que el pronunciamiento en el proceso o procedimiento 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

VIGÉSIMO OCTAVA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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 la vigencia 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 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.

