



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

Lima, 08 ENE. 2018

***Resolución S.B.S***

***N° 056 - 2018***

***La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica***

**VISTA:**

La solicitud presentada por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 10 de octubre de 2017, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Vida Temporal Platino - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2007100124, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 6335-2016.

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 10 de octubre de 2017, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Vida Temporal Platino - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2007100124;

Que, a través de la Resolución SBS N° 6335-2016, esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto de vida individual de largo plazo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante 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 de Seguros y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas, 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 notificada la incorporación del nuevo contenido del modelo de póliza en el Registro, las empresas no podrán comercializar el anterior modelo de pólizas;

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 de Registro de Pólizas, 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,





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Que, en virtud del Artículo Tercero de la Resolución SBS N° 4462-2016 se modificó el artículo 10 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento de Transparencia; en tal virtud, corresponde la aprobación de las nuevas condiciones mínimas previstas en los literales j), k) y l) del precitado artículo 10, de acuerdo al tipo de seguro y características del producto;

Que, la Compañía ha indicado que el presente producto, al ser de largo plazo, no está sujeto a renovación alguna, por tal motivo no contempla el procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, condición mínima detallada en el literal k) del artículo 10° del Reglamento de Transparencia;

Que, asimismo, la presente resolución aprueba la modificación de la cláusula segunda del Condicionado General del producto "Vida Temporal Platino - Dólares", referida al "Derecho de Arrepentimiento", condición mínima aprobada, previamente, mediante Resolución SBS N° 6335-2016 de fecha 05 de diciembre de 2016.

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

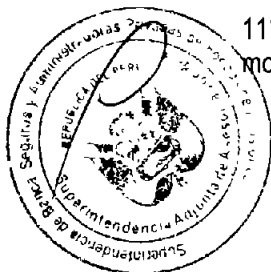
En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por la Ley N° 26702 y sus modificatorias, la Ley de Seguros, el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, y el Reglamento de Registro de Pólizas;

**RESUELVE:**

**Artículo Primero.-** Aprobar la modificación de la condición mínima recogida en el Condicionado General del producto "Vida Temporal Platino - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2007100124, referida al "Derecho de Arrepentimiento", así como las condiciones mínimas previstas en los literales j) y l) del artículo 10 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, recogidas en las cláusulas quinta y vigésimo sexta del mencionado condicionado general, conforme consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo Segundo.-** 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 "Vida Temporal Platino - 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 treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

**Artículo Tercero.-** Conforme a lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Vida Temporal Platino - Dólares", modificado,





# **SUPERINTENDENCIA**

**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

conjuntamente con la Resolución SBS N° 6335-2016 y la presente Resolución; 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 GUILLÉN RISPA**  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE  
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA**

**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**ANEXO Nº 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 penalidades.

(...)

**QUINTA: CONSENTIMIENTO DEL TERCERO**

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.

**SEXTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO**

(...)

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<sup>1</sup>

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 aprueba la presente condición considerando que de acuerdo al artículo 9° de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía dispone del plazo de 30 días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta computados desde que la Compañía conoce la reticencia o declaración inexacta





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

(...)

### DÉCIMO TERCERA: 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.





## **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 los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida temporal.

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 SEXTA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE**

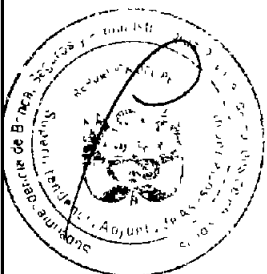
El Contratante podrá solicitar, en cualquier momento y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, la resolución de su póliza previa comunicación con por lo menos treinta (30) días de anticipación, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas 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. La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar copia del DNI del Contratante, o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas.

Se deja expresa constancia que, 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.

### **DÉCIMO SÉTIMA: 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 revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consentimiento del Tercero".
3. 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 Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

4. 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 Tercera de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".

5. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por parte del Contratante".

6. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Solicitud de Cobertura Fraudulenta"<sup>2</sup>.

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.

Asimismo, la presente póliza se extinguirá y, por tanto, la cobertura de los riesgos asegurados en ella terminará, liberándose la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria en virtud de la misma, ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la póliza.

2. Por fallecimiento del Contratante, en caso el Asegurado fuese persona distinta y no se hiciere cargo de las obligaciones del Contratante mientras la póliza se encuentre vigente, según lo dispuesto en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Titular de esta Póliza".

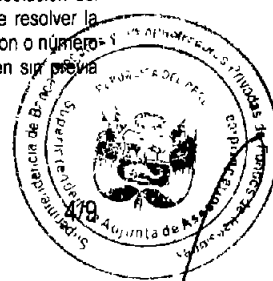
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".

4. Por vencimiento del plazo de vigencia de la póliza indicado en las Condiciones Particulares o a la fecha en la que el Asegurado cumpla ochenta (80) años de edad actuarial, lo que ocurra primero.

### <sup>2</sup> VIGÉSIMA PRIMERA: 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 denvar 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 su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula. 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.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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. Para estos efectos, el Contratante 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 Contratante, 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.

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".

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 Sexta 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 del Asegurado, si se comprobase que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad"<sup>3</sup>.
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.

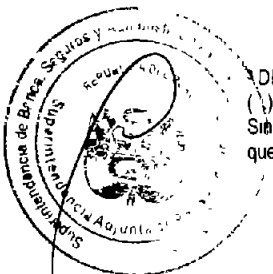
En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Contratante, sin intereses. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Sexta 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 PRIMERA EDAD

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







## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

(...)

### VIGÉSIMA: 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 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:

Caso de Muerte Natural:	Caso de Muerte Accidental:
1. Partida de defunción o acta de defunción.	1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
	5. Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda.
	6. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.
	7. Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico, en caso corresponda.

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





## **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 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.

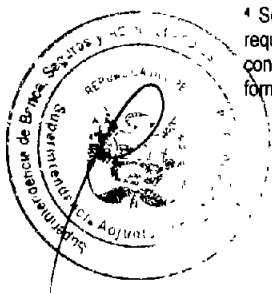
En caso de fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o 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 siniestro<sup>4</sup>.

Excepcionalmente, en los casos en los que se haya iniciado un proceso arbitral o un proceso judicial en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa –a juicio razonable de la Compañía– la cobertura del siniestro o el derecho del Beneficiario, la Compañía podrá supeditar la

<sup>4</sup> Se aprueba la presente condición, en tanto la Compañía solo aplicará la sanción prevista en ésta cuando, habiéndose realizado el requerimiento de exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido en forma previa al embalsamamiento o tratamiento del cuerpo, con postenoridad se realice 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

decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo copia de la sentencia, resolución o laudo definitivo 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 proceso<sup>5</sup>.

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.

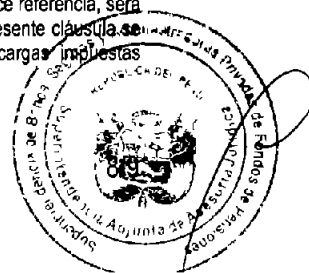
Cumplido el plazo de prescripción sin que el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, hubieran solicitado el beneficio o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación 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 ; sin embargo se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

### VIGÉSIMO SÉTIMA: 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

<sup>5</sup> 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 implícitas convencionalmente al contratante, asegurado o beneficiario deben ser razonables





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

**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.





**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 15 DIC. 2016

*Resolución S.B.S*

*N° 6335-2016*

*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 recibidas con fechas 15 de enero de 2015 y 14 de noviembre de 2016, 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 "Vida Temporal Platino - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2007100124 y, consecuentemente, registrar la modificación por adecuación;

**CONSIDERANDO:**

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

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

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

Que, según lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se detallan a continuación, según el tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:





## **SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y 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 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.

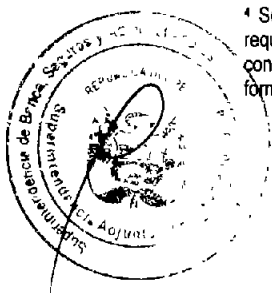
En caso de fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o 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 siniestro<sup>4</sup>.

Excepcionalmente, en los casos en los que se haya iniciado un proceso arbitral o un proceso judicial en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa –a juicio razonable de la Compañía– la cobertura del siniestro o el derecho del Beneficiario, la Compañía podrá supeditar la

<sup>4</sup> Se aprueba la presente condición, en tanto la Compañía solo aplicará la sanción prevista en ésta cuando, habiéndose realizado el requerimiento de exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido en forma previa al embalsamamiento o tratamiento del cuerpo, con postenoridad se realice 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

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

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

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

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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

En lo que se refiere al derecho de reducción contemplado en el artículo 70 de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía ha manifestado, mediante comunicación de fecha 14 de noviembre de 2016, su decisión de no aplicar la facultad contemplada en el precitado artículo, para los supuestos de aviso extemporáneo del siniestro;

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 Seguros, 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 "Vida Temporal Platino - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2007100124 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 vida individual de largo plazo.

**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 "Vida Temporal Platino - 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 al producto "Vida Temporal Platino - Dólares", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de 60 (sesenta) días calendario







## SUPERINTENDENCIA


DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 suscritos o renovados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de Seguros 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 sesenta (60) días calendario de notificada la presente Resolución, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria y el artículo 18 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Regístrese y comuníquese

  
MILA GUILLÉN RISPA  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE  
ASESORÍA JURÍDICA





## **SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

### **ANEXO Nº 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. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

(...)

##### **SEXTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO**

(...)

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<sup>1</sup>.

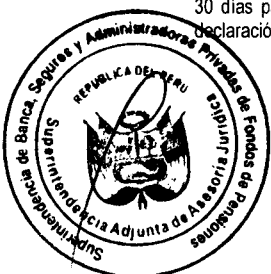
De determinarse la nulidad del contrato, la Compañía devolverá al Contratante las primas pagadas sin intereses, ni impuestos, disminuidas en los gastos administrativos incurridos por ésta por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a la prima pagada por el primer año de 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.

<sup>1</sup> Se aprueba la presente condición considerando que de acuerdo al artículo 9 de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía dispone del plazo de 30 días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta computados desde que la compañía conoce la reticencia o declaración inexacta.





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

### DÉCIMO TERCERA: 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.

Asimismo, 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 temporal.

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.





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

### DÉCIMO SEXTA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE

El Contratante podrá solicitar, en cualquier momento y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, la resolución de su póliza previa comunicación con por lo menos treinta (30) días de anticipación, 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. La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar copia del DNI del Contratante, o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas.

Se deja expresa constancia que, 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.

### DÉCIMO SÉTIMA: 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 revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consentimiento del Tercero".
3. 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 Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
4. 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 Tercera de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".
5. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por parte del Contratante".
6. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Solicitud de Cobertura Fraudulenta"<sup>2</sup>.

#### <sup>2</sup> VIGÉSIMA PRIMERA: 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.





## 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.

Asimismo, la presente póliza se extinguirá y, por tanto, la cobertura de los riesgos asegurados en ella terminará, liberándose la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria en virtud de la misma, ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la póliza.
2. Por fallecimiento del Contratante, en caso el Asegurado fuese persona distinta y no se hiciere cargo de las obligaciones del Contratante mientras la póliza se encuentre vigente, según lo dispuesto en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Titular de esta Póliza".
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".
4. Por vencimiento del plazo de vigencia de la póliza indicado en las Condiciones Particulares o a la fecha en la que el Asegurado cumpla ochenta (80) años de edad actuarial, lo que ocurra primero.

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. Para estos efectos, el Contratante 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 Contratante, 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.

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".

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 Sexta 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 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

---

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 su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula. 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.





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

establecido en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad"<sup>3</sup>.

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. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Sexta 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.

### VIGÉSIMA: 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 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:

Caso de Muerte Natural:	Caso de Muerte Accidental:
1. Partida de defunción o acta de defunción.	1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
	5. Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda.
	6. Atestado o Informe policial completo o Carpeta

<sup>3</sup> DÉCIMO PRIMERA: EDAD

(...)

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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.

7. Resultado del examen de dosaje étílico y del examen toxicológico, en caso corresponda.

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

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

En caso los beneficiarios sean los hederos legales 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 de fallecimiento, 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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 siniestro<sup>4</sup>.

Excepcionalmente, en los casos en los que se haya iniciado un proceso arbitral o un proceso judicial en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa –a juicio razonable de la Compañía– la cobertura del siniestro o el derecho del Beneficiario, 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 copia de la sentencia, resolución o laudo definitivo 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 proceso<sup>5</sup>.

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 SÉTIMA: 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.

### 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.

<sup>4</sup> Se aprueba la presente condición, en tanto la Compañía solo aplicará la sanción prevista en ésta cuando, habiéndose realizado el requerimiento de exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido en forma previa al embalsamiento o tratamiento del cuerpo, con posterioridad se realice dichos procedimientos. Por tanto, no resultará aplicable en caso se haya procedido con dichos tratamientos en forma previa al requerimiento de la Compañía.

<sup>5</sup> 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

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.

