



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 24 de noviembre de 2022

RESOLUCIÓN SBS

N° 03631-2022

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante la Compañía) con fecha 15 de julio de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Desgravamen con Devolución", registrado con Código SBS N° VI2027400232, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 1445-2022 de fecha 02 de mayo de 2022.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 15 de julio de 2022, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Desgravamen con Devolución", registrado con Código SBS N° VI2027400232;

Que, a través de la Resolución SBS N° 1445-2022 de fecha 02 de mayo de 2022, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, cualquier solicitud de modificación de la documentación incorporada al Registro, se sujetará a los mismos plazos y condiciones señalados en los Subcapítulos II y III de dicho Reglamento; esto es, a los procedimientos de aprobación administrativa previa o revisión posterior, según corresponda. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación, la Compañía no puede emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

Que, por su parte, el artículo 17° del referido Reglamento establece los documentos que las empresas deben presentar a esta Superintendencia a efectos de modificar los modelos de las pólizas;

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, y considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de las condiciones mínimas solicitadas;

Que, considerando que nos encontramos ante una póliza de desgravamen, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas contempladas en los incisos 2, 8 y 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de 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, derecho





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de arrepentimiento y al derecho de revocación del consentimiento del asegurado, respectivamente, al tratarse de un seguro que constituye una condición para contratar operaciones crediticias.

Que, la Compañía ha señalado que no aplicará al presente producto la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro ni la renovación de la póliza, por lo que, en ese sentido, no corresponde aprobar las condiciones mínimas contempladas en los incisos 9 y 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 los artículos 4, 5, 11 y 12 de las Condiciones Generales del producto "Desgravamen con Devolución", sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

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

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

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas previstas en los artículos 4, 5, 11 y 12 de las Condiciones Generales del producto "Desgravamen con Devolución", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 1445-2022 de fecha 02 de mayo de 2022, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las modificaciones propuestas por la 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 "Desgravamen con Devolución", incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto "Desgravamen con Devolución" 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

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO N° 4: PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Para determinar fehacientemente que el grado de la invalidez es total y su naturaleza es permanente, el Asegurado deberá contar con información médica que sustente la condición de su invalidez, emitida conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias o complementarias, o las normas para la determinación de la invalidez aplicables al Certificado de Invalidez del Instituto Nacional de Rehabilitación o al Certificado de Incapacidad emitido por Comisión Médica del ESSALUD o MINSA.

En caso La Compañía necesitare mayor evidencia respecto a la condición del Asegurado, éste deberá someterse a una evaluación médica efectuada por especialistas designados por La Compañía, la cual será realizada conforme a las normas antes mencionadas y a cargo de la misma.

De requerir la Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene para consentir el siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

ARTÍCULO N° 5: CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de cuarenta y cinco (45) días pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante deberá ser previa y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado. En caso de tratarse de un seguro colectivo, La Compañía además deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante con la finalidad de poner dicha información en conocimiento de los asegurados.

ARTÍCULO N° 8: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIA DE INCUMPLIMIENTO

(...)

El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. En caso de seguro grupal, La Compañía informará a su vez al Asegurado. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias.

Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el Contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión.

Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al período cubierto.

(...)

ARTÍCULO N° 11: NULIDAD DEL CONTRATO

La relación contractual establecida con el Contratante en virtud de su afiliación a esta Póliza será nula por causal existente al momento de su celebración; es decir, no tiene valor legal alguno, en los siguientes casos:

(i) Por reticencia y/o declaración inexacta, relativa al estado de salud del Asegurado, mediando dolo o culpa inexcusable, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquier circunstancia que, conocida por La Compañía, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones. La Compañía cuenta con el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde que se tomó conocimiento de la misma, para invocar la nulidad por esta causal. La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

(ii) Por reticencia y/o declaración inexacta, relativa a la ocupación, actividades y deportes riesgosos practicados por el Asegurado, mediando dolo o culpa inexcusable, y conocida por éste al momento de la celebración del contrato. La Compañía cuenta con el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde que se tomó conocimiento de la misma, para invocar la nulidad por esta causal. La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

(iii) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados desde que La Compañía notificó la declaración de nulidad.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

(iv) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados desde que La Compañía notificó la declaración de nulidad.

(v) Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados desde que La Compañía notificó la declaración de nulidad.

Cabe precisar que la relación contractual respecto al Contratante, será indisputable para La Compañía si transcurren los dos (02) años desde su celebración, excepto cuando la reticencia o falsa declaración sea dolosa y causa directa del siniestro.

Para todos los supuestos, el Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza. Asimismo, en los supuestos contemplados en los numerales (i) y (ii), el Asegurado por concepto de penalidad, perderá todo derecho sobre las primas entregadas a La Compañía durante el primer (01) año de vigencia de la relación contractual.

Si el Contratante y/o Beneficiarios designados ya hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía el capital percibido, más intereses legales y tributos a que hubiera lugar.

ARTÍCULO N° 12: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza quedará resuelta respecto al Contratante, perdiendo todo derecho emanado de la póliza cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13¹.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 8.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa

¹ ARTÍCULO N° 13: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El Contratante o Asegurado podrá solicitar a La Compañía la resolución sin expresión de causa del presente contrato, para lo cual deberá notificar dicha decisión, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta dirigida a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
- b. En caso se trate de una persona jurídica, copia literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades necesarias para la resolución de contratos.
- c. Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

El Asegurado notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- a. Carta dirigida a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
- b. Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

Dicho trámite podrá realizarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de La Compañía (www.interseguro.pe), en las oficinas del comercializador o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado deberá otorgar un poder notarial para que un tercero lo realice en su nombre, a través de una carta poder con firma legalizada.

La Compañía procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada, considerando que la cobranza se realiza en forma adelantada. Asimismo, en el plazo máximo de treinta (30) días calendario se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado, este plazo se comienza a computar a partir de la recepción de la solicitud de resolución. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo 30 días posteriores a los 10 días con que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En caso de seguros colectivos, el Certificado quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales

a. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.

b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 8.

c. Cuando se reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 16².

d. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo 30 días posteriores a los 10 días con que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

e. Si durante el plazo de 15 días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Se considerará que el contrato ha sido resuelto en la fecha de notificación de la comunicación de resolución³. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

En caso el Contratante optase por la resolución del Contrato, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado.

En los demás casos mencionados, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada.

La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, este plazo se comienza a computar a partir de la recepción de la solicitud de resolución.

La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante. En caso de seguro colectivo, el Contratante a su vez trasladará el monto por concepto de devolución de prima al Asegurado. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de la resolución sin expresión de causa,

² ARTÍCULO N° 16: RECLAMACION FRAUDULENTA

En caso los Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la presente Póliza, será de aplicación el Artículo N° 12, quedando el presente contrato resuelto en la fecha de notificación de la comunicación de resolución. Independientemente de la solicitud de cobertura fraudulenta, la Compañía se pronunciará respecto a la cobertura del siniestro en un plazo máximo de 30 días. Para ello La Compañía, al momento de detectar la ocurrencia de los supuestos antes mencionados, mediante carta formal comunicará al Contratante o Beneficiarios su decisión de resolver la póliza en virtud de lo aquí establecido.

³ ARTÍCULO N° 22: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre la Compañía de Seguros y el Contratante o Asegurado, deberá efectuarse por escrito mediante carta o medios digitales, dirigida al domicilio real o electrónico de las partes. Esta información se encuentra en las Condiciones Particulares de la Póliza o en el Certificado del Seguro. (...)

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

extinguéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

ARTÍCULO N° 14: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

El siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los siete (07) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para solicitar la cobertura del siniestro, el Asegurado o sus herederos legales, según corresponda, deberán presentar en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del comercializador, los siguientes documentos probatorios:

Para Fallecimiento por enfermedad o accidente:

a. Original o copia certificada de la partida o Acta de Defunción del Asegurado, a ser solicitado ante el RENIEC.

b. Original o copia certificada del certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato oficial completo emitido por el médico, Hospital o Clínica que certificó el deceso.

En caso de accidente, presentar adicionalmente el original o copia certificada de los siguientes documentos:

a. Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP.

b. Protocolo de Necropsia, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

c. Resultado de dosaje etílico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público y,

d. Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.

b. Original o copia certificada del resultado del Examen Químico Toxicológico y de Alcholeミア emitido por el Instituto de Medicina Legal, cuando corresponda.

c. Original o copia certificada del dictamen de invalidez del COMAFP, dictamen de invalidez del COMEC, Certificado de Invalidez Total y Permanente emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación o Certificado de Discapacidad emitido por una Comisión Médica de ESSALUD o MINSA.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

d. Original o copia certificada del atestado policial, cuando corresponda, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, La Compañía podrá requerir al Asegurado en un plazo de veinte (20) días desde los treinta (30) días de presentada la documentación completa, un examen realizado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo. En caso de negativa del Asegurado a someterse a dicha evaluación, La Compañía procederá a la suspensión del plazo para consentir el siniestro de conformidad con el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.

Finalizada la vigencia de la póliza y en caso de Sobrevivencia, el Contratante o el Asegurado deberá presentar en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del comercializador una copia simple de su Documento Nacional de Identidad.

Sin perjuicio de la modalidad de pago elegida⁴, se realizará la devolución dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de presentación de su solicitud.

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

ARTÍCULO N° 15: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

1. Para el supuesto de que La Compañía haya consentido expresamente el siniestro, una vez que el Asegurado o sus herederos legales hayan presentado todos los documentos requeridos en la presente póliza, siempre y cuando de dichos documentos se desprenda que el siniestro se encuentra bajo la cobertura del presente seguro y no se encuentra en las exclusiones del mismo; y que el seguro se encuentre vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento respecto a la documentación presentada.

2. Para el pronunciamiento tácito, si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para la liquidación del siniestro en la presente póliza, La Compañía no se manifestará sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.

Sin perjuicio de ello, cuando La Compañía requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, deberá solicitarle al Asegurado o Beneficiario la ampliación

⁴ De acuerdo a lo señalado en el artículo 2 del Condicionado General, para el caso de la cobertura de sobrevivencia, la modalidad de pago por concepto de devolución de primas se encuentra señalada en las Condiciones Particulares o en el Certificado.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

del plazo. En caso de rechazo de esta solicitud, la Compañía podrá presentar la solicitud de prórroga a la Superintendencia dentro de los referidos treinta (30) días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Luego de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el capital será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares o en el Certificado de la póliza en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo.

ARTÍCULO N° 24: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Las instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias son:

(...)

El pacto de la vía arbitral por acuerdo entre las partes es válido luego de producido el siniestro y siempre que supere los límites fijados por la SBS.

A través de un Arbitraje de Consumo, en caso de aceptación por parte de La Compañía y de conformidad con lo regulado por INDECOPI.

Vía Judicial para toda controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiarios y la Compañía de Seguros.

