



**SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 12 de octubre de 2022

## **RESOLUCIÓN SBS**

**N° 03141-2022**

*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 agosto de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro de Desempleo Interseguro”, registrado con Código SBS N° RG2025700231, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 1936 - 2021 de fecha 01 de julio de 2021.

### **CONSIDERANDO:**

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 15 de agosto de 2022, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro de Desempleo Interseguro”, registrado con Código SBS N° RG2025700231;

Que, a través de la Resolución SBS N° 1936 - 2021 de fecha 01 de julio de 2021, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto masivo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

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

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

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, y





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

Que, considerando que se trata de un multiseguro, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas establecidas en los incisos 2 y 12 del numeral 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento de Conducta, referidas al tratamiento de preexistencias, aplicable a los seguros de salud, y al derecho de revocación del consentimiento del asegurado, aplicable a los seguros de vida, respectivamente. Adicionalmente, la Compañía ha manifestado que no resultará aplicable la condición mínima de reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro, prevista en el inciso 9 del numeral 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta.

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas previstas en los artículos 5, 6, 9, 11 y 13 de las Condiciones Generales del producto “Seguro de Desempleo Interseguro”, 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 5, 6, 9, 11 y 13 de las Condiciones Generales del producto “Seguro de Desempleo Interseguro”, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 1936 - 2021 de fecha 01 de julio de 2021, 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 “Seguro de Desempleo Interseguro”, incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.





**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

**Artículo Tercero.-** Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto “Seguro de Desempleo Interseguro” modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese.

**MILA GUILLEN RISPA**  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





**SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

**ANEXO N° 1**  
**CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**CONDICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO N° 4: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

El Contratante tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la póliza de seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma, en cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud. El plazo de los 15 días se computa desde la recepción de la póliza por parte del contratante.

Para el caso de los seguros colectivos, el Asegurado tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la solicitud-certificado, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud.

Este derecho se ejerce solicitando la Resolución de la Póliza y se podrá emplear los mismos mecanismos, lugar y medios por los cuales se contrató, de acuerdo a lo señalado en las normas sobre protección al consumidor.

**ARTÍCULO N° 5: VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL SEGURO**

La vigencia de esta Póliza inicia desde la hora y fecha de su contratación y por el plazo que se establezca en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado. La vigencia de la Póliza de Seguro podrá ser bajo la condición "Con Renovación Automática" o "Sin Renovación Automática", lo cual estará descrito en las Condiciones Particulares de la Póliza o en la Solicitud-Certificado, según corresponda.

En caso la Póliza sea "Con Renovación Automática", la Compañía de Seguros podrá proponer modificaciones para la próxima vigencia, las cuales serán comunicadas por correo electrónico al Asegurado con una anticipación mínima de 45 días calendarios a la fecha de culminación de la vigencia en curso. Dentro de los 30 días previos al vencimiento del contrato, el Asegurado deberá indicar a la Compañía de Seguros si rechaza las modificaciones propuestas. En caso la Compañía de Seguros no cuente con el pronunciamiento del asegurado, se entenderá que este último ha aceptado las modificaciones para la próxima vigencia, emitiéndose la póliza señalando las mismas en caracteres destacados.

En caso se propongan modificaciones a pólizas "Sin Renovación Automática", dentro de los 30 días siguientes contados desde la notificación de la comunicación por parte de la Compañía de Seguros, el Asegurado deberá indicar expresamente si rechaza o acepta las modificaciones. En caso la Compañía de Seguros no cuente con el pronunciamiento del Asegurado, se entenderá que este último no ha aceptado las modificaciones propuestas.

**ARTÍCULO N° 6: PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DE SU INCUMPLIMIENTO**

(...)

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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

3. Suspensión de cobertura por incumplimiento de pago: el incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro luego de treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Antes de esos treinta (30) días, la Compañía de Seguros deberá comunicar de manera cierta al Contratante y al Asegurado la situación de incumplimiento de pago de la prima y la suspensión de la cobertura como consecuencia de dicho incumplimiento, a través de los medios previamente acordados. En el caso de los seguros grupales la comunicación será dirigida al asegurado sin perjuicio de la comunicación que corresponda al contratante, así como deberá ser remitida antes de los 30 días para que se proceda con la suspensión de la cobertura, a través de los medios previamente acordados. Además, indicará el plazo que el Contratante o Asegurado -en caso de modalidad de contrato colectiva- tiene para pagar la prima antes de que se suspenda la cobertura. La Compañía de Seguros no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura esté suspendida. La suspensión de cobertura no es aplicable cuando el Contratante haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato.
4. Rehabilitación de la cobertura: cuando el contrato se encuentra suspendido, la rehabilitación de la cobertura se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague el total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente a aquel en que se pague la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a solicitud del Contratante y/o Asegurado, siempre que la Compañía de Seguros no haya resuelto el contrato.
5. Resolución por incumplimiento de pago: cuando la cobertura del seguro esté suspendida por el incumplimiento del pago de la prima, la Compañía de Seguros podrá optar por resolver el contrato y/o Solicitud-Certificado, los cuales se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante y/o el Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía de Seguros informándole sobre esta decisión por el mecanismo de comunicación acordado. En este caso, la Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto. La Compañía de Seguros quedará liberada de toda responsabilidad y obligación una vez resuelto el contrato.
6. Extinción del contrato de seguro por incumplimiento de pago: el contrato de seguro queda extinguido en caso el Contratante y/o el Asegurado no realice el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la obligación. La Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo cubierto.

### ARTÍCULO Nº 9: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

Para todos los casos, el aviso del siniestro deberá ser comunicado a la Compañía de Seguros o al Comercializador dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura deberán presentar por escrito o a través del mecanismo definido e informado previamente por La Compañía lo siguiente:





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

	Trabajador formal con contrato	Trabajador Público	Trabajador Independiente con RUC activo
Formulario de declaración de siniestros firmada por el Asegurado, en el que declare la ocurrencia del siniestro.	X	X	X
Copia legalizada de la Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido o mutuo disenso, salvo que se trate de un despido de hecho o de facto. (O documento similar expedido por la entidad pública)	X		
Copia legalizada de la Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador.		X	
Original o copia legalizada del Informe del médico tratante sobre enfermedad o accidente, según corresponda.			X
Original o copia legalizada de la Historia Clínica del Asegurado			X

La documentación antes mencionada deberá ser presentada a la Compañía de Seguros o al Comercializador.

La Compañía de Seguros cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro una vez presentada la solicitud de cobertura. En caso la Compañía de Seguros requiera aclaraciones adicionales a la documentación presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días, desde la presentación de todos los documentos detallados en la Póliza. Esto suspenderá el plazo para evaluar el siniestro hasta que se brinden las aclaraciones solicitadas.

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 los Beneficiarios 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 supuesto del consentimiento 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 manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 de la Póliza en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario.

Las coberturas del contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. Para las coberturas de muerte, el plazo de 10 años se computa desde que el beneficio es conocido por el Beneficiario.

## ARTÍCULO N° 10: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato la Compañía de Seguros podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de treinta (30) días pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa a su aplicación 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 los seguros colectivos, la Compañía de Seguros debe proporcionar la información suficiente al Contratante para que este último haga de conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

## ARTÍCULO N° 11: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro quedará resuelto, respecto al Contratante, perdiendo todo derecho originado de la Póliza cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante<sup>1</sup>, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Conforme a la Resolución SBS N° 1840-2022, culminado el plazo de adecuación en su Artículo Tercero, la resolución unilateral y sin expresión de causa por parte del Contratante, opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de la solicitud de resolución.

### <sup>2</sup> ARTÍCULO N° 12: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante o el Asegurado podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza, presentando:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver 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. Copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución.

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

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
- b. Copia de su documento de identidad.

Este trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de la Compañía de Seguros (XXXXXXX), 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, deberá otorgar un poder notarial a través de una carta poder con firma legalizada, para que un tercero lo realice en su nombre.

La Compañía de Seguros procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. Asimismo, en el plazo máximo de treinta (30) días calendario computado desde la fecha de presentación de la





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 6.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes de que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía de Seguros comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado<sup>3</sup>, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 6.
- c. Cuando al momento de evaluar la solicitud de cobertura se evidencie que esta ha sido interpuesta en base a documentos y declaraciones falsas, los cuales se encuentran establecidos en el Artículo N° 9 del presente condicionado. Asimismo, La Compañía de Seguros comunicará la resolución al Contratante y al Asegurado dentro de los treinta (30) días posteriores de haber tomado conocimiento del fraude<sup>4</sup>.
- d. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes de que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía de Seguros comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En los supuestos antes mencionados, la Compañía de Seguros tendrá derecho a la prima devengada por el periodo cubierto. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no cubierto. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante o, en caso el Asegurado solicite la resolución en virtud del literal a), esta se efectuará a través del Contratante, según corresponda, teniendo como plazo para la devolución treinta (30) días calendario contados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución.

### ARTÍCULO N° 13: NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo por una causa existente al momento de su celebración en los siguientes casos:

---

solicitud de resolución, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado, de corresponder. La devolución de la prima se realizará en forma directa por La Compañía, en el caso del Contratante, o a través del Contratante, en el caso del Asegurado. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

<sup>3</sup> Conforme a la Resolución SBS N° 1840-2022, culminado el plazo de adecuación en su Artículo Tercero, la resolución unilateral y sin expresión de causa por parte del Asegurado, opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de la solicitud de resolución.

<sup>4</sup> La compañía deberá considerar que la resolución del contrato procederá sin perjuicio de la atención de la solicitud de cobertura en el plazo previsto en el art. 74 de la LCS.





# SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

1. 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.
2. Si al tiempo de su celebración se ha producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.
3. Cuando no exista interés asegurable al momento de la celebración del contrato o al inicio de su vigencia
4. Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. 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.

En los casos de los numerales 1, 2 y 3, se procederá a la devolución de la prima pagada en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la notificación de la comunicación que declara la nulidad. La devolución de la prima se realizará en forma directa por La Compañía, en el caso del Contratante, o a través del Contratante, en el caso del Asegurado. En el caso del numeral 4, las primas pagadas por el primer año de duración del contrato quedarán adquiridas por La Compañía a título indemnizatorio, procediéndose a la devolución de las primas restantes, de corresponder, en el plazo máximo de treinta (30) días calendario, computados desde la notificación de la comunicación que declara la nulidad.

Para todos los casos de nulidad, el Asegurado perderá todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado a esta Póliza.

La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta detallada en el numeral 4 deberá ser comunicada en el plazo de treinta (30) días desde que la Compañía de Seguros tenga conocimiento de esta.

Si el Asegurado hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, quedará obligado a devolver a la Compañía de Seguros la suma asegurada percibida, más intereses legales y tributos correspondientes.

## **ARTÍCULO N° 15: INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS Y MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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.

(...)

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

