



**SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 24 de noviembre de 2022

**RESOLUCIÓN SBS**  
**N° 03630-2022**

*La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica*

**VISTA:**

La solicitud presentada por Interseguro Compañía de Seguros S.A. (la Compañía) con fecha 08 de noviembre de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Vida Grupo Betterfly"<sup>1</sup>, registrado con Código SBS N° VI2027200233, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 2107 - 2022 de fecha 05 de julio de 2022.

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 08 de noviembre de 2022, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Vida Grupo Betterfly", registrado con Código SBS N° VI2027200233;

Que, a través de la Resolución SBS N° 2107 - 2022 de fecha 05 de julio 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 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;

---

<sup>1</sup> También denominado "Betterfly".





**SUPERINTENDENCIA**  
**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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

Que, considerando que nos encontramos ante un seguro de vida grupo particular, no corresponde la aprobación de la condición mínima referida a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud, prevista en el inciso 2 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (Reglamento de Conducta), respectivamente;

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

Que, la presente resolución aprueba la modificación de la condición mínima contemplada en el artículo 12 de las Condiciones Generales del producto "Vida Grupo Betterfly", 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 la condición mínima contemplada en el artículo 12 de las Condiciones Generales del producto "Vida Grupo Betterfly", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 2107 - 2022 de fecha 05 de julio 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 de Seguro. 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 "Vida Grupo Betterfly", 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 "Vida Grupo Butterfly" 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**

**ARTÍCULO 4: RENOVACIÓN DEL SEGURO**

La Compañía renovará automáticamente esta póliza, finalizada su vigencia por un periodo igual al inicialmente contratado, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovarla con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento.

En caso corresponda modificar el monto de la prima a la renovación, este nuevo monto deberá ser informado por escrito por la Compañía de Seguros al Contratante, detallando las modificaciones propuestas en caracteres destacados, con cuarenta y cinco (45) días de anticipación al vencimiento. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo. En caso se manifieste el rechazo a la propuesta de la Compañía, la póliza no se renovará y finalizará cuando culmine la vigencia en curso. En caso de silencio del Contratante, se entenderá que aprueba la modificación. Asimismo, de darse por aceptadas las modificaciones por el silencio del Contratante, la Compañía de Seguros remitirá por escrito la póliza señalando las modificaciones en caracteres destacados. Para el caso de los seguros colectivos, la Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los Asegurados.

**ARTÍCULO 8: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU 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 y/o Asegurado, 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. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida.

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 informando sobre esta decisión. Sin perjuicio de la comunicación al contratante, La Compañía notificará la resolución de la solicitud Certificado al asegurado.

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 periodo 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





## **SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

Sin perjuicio de lo expuesto, La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Contratante que produzcan atrasos en el pago de la Prima.

### **ARTÍCULO 9: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES**

Durante la vigencia del contrato, La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar por escrito al Contratante dichos cambios para que en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de notificación, pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma 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. El Contratante será el responsable de comunicar las modificaciones a los Asegurados.

### **ARTÍCULO 11: RESOLUCIÓN**

La póliza se resolverá, perdiendo todo derecho emanado de la misma, a partir de la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes causales conforme a la forma y plazos señalados en cada supuesto:

1. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12 "Solicitud de Resolución sin expresión de causa del Contrato".
2. Por falta de pago de prima, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 8 "Pago de Prima y Consecuencias del Incumplimiento".

La Solicitud-Certificado se resolverá, perdiendo todo derecho emanado de la misma, a partir de la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes causales conforme a la forma y plazos señalados en cada supuesto:

1. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12 "Solicitud de Resolución sin expresión de causa del Contrato".
2. Cuando se solicite la cobertura del seguro fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas según el procedimiento establecido en el último párrafo del Artículo N° 15 "Aviso del siniestro y solicitud de cobertura".
3. El Asegurado tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas. En este supuesto la cobertura cesa desde la recepción de dicho documento y la prima no devengada será devuelta al Contratante.

En caso el Contratante o el Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente; La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido no resultando aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al período no devengado.





## **SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles contados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución o de la revocación del consentimiento. Para el caso de la solicitud de cobertura fraudulenta, la devolución se realizará en los diez (10) días hábiles siguientes, contados desde la notificación de la resolución.

### **ARTÍCULO N° 12: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO**

El Contratante podrá solicitar la resolución sin expresión de causa del contrato, para lo cual deberá acreditarse como tal ante Interseguro. Si el Contratante 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. En caso el Asegurado desee resolver la Solicitud-Certificado de Seguro, este requerimiento será canalizado por el Contratante.

Dicho trámite podrá efectuarse en los Centros de Servicio de Atención al Cliente, que figuran detallados en la web de la Compañía ([www.interseguro.pe](http://www.interseguro.pe)), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro.

Interseguro procederá a realizar la cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de 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.

### **ARTÍCULO 13: NULIDAD DEL CONTRATO**

La relación contractual establecida con el Contratante, regulada mediante la presente póliza, será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir no tiene valor legal alguno, en los siguientes casos:

1. Si al tiempo de la celebración del contrato se hubiera producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produjera.

Cabe precisar que la póliza será indisputable para la Compañía si transcurren dos (2) años desde su celebración, excepto cuando la reticencia o falsa declaración sea dolosa y causa directa del siniestro.

Para todas las causales, el Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta póliza.

La devolución de las primas pagadas se realizará quince (15) días después a la comunicación de la nulidad.

Si el Asegurado 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. Dicho monto será compensado con la prima pendiente de devolución por parte de la Compañía, si lo hubiere.

### **ARTÍCULO 15: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA**





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El aviso del siniestro deberá ser comunicado a través de cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

El plazo para efectuar la solicitud de la cobertura corresponderá al plazo de prescripción legal vigente a la fecha en que ocurrió el siniestro. Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años de ocurrido el siniestro o, en caso de fallecimiento del Asegurado, de conocido el beneficio por parte del beneficiario.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiese tener el Beneficiario en virtud del presente seguro.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, en caso el Asegurado fallezca durante la vigencia de la póliza, el Beneficiario, su tutor o curador, según corresponda, acreditándose como tal, podrá exigir el pago de la suma asegurada presentando al Centro de Atención al Cliente de La Compañía los siguientes antecedentes:

1. 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. (La compañía validará en el portal web de Reniec que se haya inscrito el fallecimiento del asegurado).
2. Copia simple del Documento de identidad del(los) Beneficiario(s) del seguro en caso estos sean menores de edad o extranjeros. Respecto a los beneficiarios mayores de edad, bastará que indiquen su número de DNI.
3. Copia certificada de la partida registral de la sucesión testada o intestada que acredite la calidad del(los) Beneficiario(s) del seguro, de ser necesario, conforme al Artículo N° 6.
4. Certificación de reproducción notarial del documento en que se designa al tutor o curador del Beneficiario, según corresponda y la constancia de su inscripción en Registros Públicos.
5. Copia de reproducción notarial de la Historia clínica completa foliada y fedateada.

Si es que la muerte del asegurado fue causada por un accidente deberá presentar adicionalmente lo siguiente:

- Original o copia certificada del Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, expedido por la Policía Nacional del Perú - PNP, de ser el caso.
- Original o copia certificada del Certificado y protocolo de necropsia completo, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, en caso corresponda.
- Original o copia certificada del resultado de dosaje etílico, expedido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, en caso corresponda.
- Original o copia certificada del resultado de Análisis Toxicológico, emitido por el Instituto de Medicina Legal, 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, siempre que el establecimiento de salud donde se produjo el deceso sea diferente al que se pronunció sobre el diagnóstico de la enfermedad, de corresponder.





## 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, siempre que el establecimiento de salud donde se produjo el deceso sea diferente al que brindó la atención médica del accidente, de corresponder.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Beneficiario, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Beneficiario haya 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. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento dentro de los treinta (30) días de presentada la solicitud de cobertura.
2. Para el 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.

Sin perjuicio de lo antes indicado, 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 Beneficiario la ampliación del plazo. Si el Beneficiario no lo aprueba, La Compañía podrá presentar la solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, 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.

Si transcurrido el plazo adicional otorgado por la Superintendencia La Compañía no se pronunciara sobre la procedencia de la solicitud, esta se entenderá tácitamente aprobada, realizándose el pago de la suma asegurada.

Sin embargo, si se diera el caso en que el Contratante, Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, empleen, con o sin conocimiento, medios o documentos falsos, dolosos o engañosos a fin de sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios de la póliza, se aplicará el Artículo N° 11 Resolución del Contrato quedando resuelto el presente contrato. 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, sin perjuicio de cumplir con los requisitos de rechazo de siniestro que prevé el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.

### ARTÍCULO 18: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

1. Mecanismo de solución de controversias

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





## **SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

1.1 Vía Judicial: Toda controversia, disputa, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre el Asegurado, Contratante o Beneficiario y La Compañía, referido a la validez del contrato de seguro del que da cuenta esta póliza, o que surja como consecuencia de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma.

(...)

### **ARTÍCULO 19: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

En caso de comercialización a través de comercializadores o utilizando mecanismos de comunicación a distancia, dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la Solicitud-Certificado de Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa ni penalidad alguna, y en tanto no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el presente contrato, comunicando su decisión a los Centros de Atención al Cliente de La Compañía que se encuentran detallados en el enlace: <https://www.interseguro.pe/ayuda/contactanos> o través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, se procederá a devolver la prima recibida dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud, no sujeta a penalidad alguna.

