



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

República del Perú

Lima, 04 de diciembre de 2015

**OFICIO N° 46787-2015-SBS**

Señor  
Gerente General  
**INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**  
Av. Felipe Pardo y Aliaga N° 640, Piso 2  
San Isidro

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 7323-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

  
**MARCO OJEDA PACHECO**  
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-45719



INTERNATIONAL  
COMMUNICATIONS  
CORPORATION  
1 8 0 0 3 0 0 0



**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 04 DIC. 2015

*Resolución S.B.S*

*N° 7323-2015*

*El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica*

**VISTOS:**

La solicitud presentada por Interseguro Compañía de Seguros(en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fechas 15 de julio de 2014 y 16 de noviembre de 2015, 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 "Seguro de Consumo VEA Accidentes - Dólares", registrado con Código SBS N° AE2026120083 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

- 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

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente 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 "Seguro de Consumo VEA Accidentes - 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;

Que, en virtud a lo informado por la Compañía mediante comunicación recibida con fecha 16 de noviembre de 2015, no resulta aplicable el derecho de reducción a que se refieren los artículos 70 y 71 de la Ley de Seguros;

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 "Seguro de Consumo VEA Accidentes - Dólares", registrado con Código SBS N° AE:2026120083 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 accidentes personales.

**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 "Seguro de Consumo VEA Accidentes - 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 sesenta (60) 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 a "Seguro de Consumo VEA







**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Accidentes - Dólares", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de sesenta (60) días calendario 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 vigentes 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 N° 1**  
**CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**ARTICULO N° 4: 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 puedan 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.

La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente respecto de las modificaciones efectuadas al Contratante y éste deberá ponerlas en conocimiento de los Asegurados.

**ARTÍCULO N° 5: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

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, comunicando su decisión al Centro de Atención al Cliente de la Compañía señalado en el Artículo N° 20, al domicilio del Contratante o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medio utilizados para la contratación del seguro, quienes devolverán la prima recibida, no sujeta a penalidad alguna.

**ARTÍCULO N° 9: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO**

Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado. Dicho pago deberá realizarse en el plazo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro, hasta el término del período.

Las primas y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado. Todas las Primas correspondientes a la Póliza deberán ser pagadas por adelantado en las fechas estipuladas, a través de las instituciones bancarias y financieras autorizadas para el cobro, conforme a la modalidad de pago elegida por el Contratante y consignada en las referidas Condiciones Particulares y la Solicitud-Certificado.

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 Asegurado y 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. 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.







**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

No obstante lo anteriormente señalado, si la Compañía no reclama 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 efectivamente cubierto.

Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Comercializador tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

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

El pago de primas cesa a la fecha de vencimiento de la Póliza o con el Fallecimiento Accidental del Asegurado o Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente si esto ocurre antes.

**ARTÍCULO N° 10: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y/O DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO**

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

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante o La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 17.
- b. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante y/o el Asegurado incurren en retención y/o declaración inexacta que no obedezca a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con 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<sup>1</sup>:

**<sup>1</sup> ARTÍCULO N° 20: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre La Compañía y el Contratante, el Asegurado o sus Beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta o correo electrónico, dirigida al domicilio de La Compañía o al último domicilio electrónico o físico del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Todo cambio de domicilio deberá ser comunicado previamente y por escrito a la otra parte para que surta efectos.







**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- a. Cuando se solicite fraudulentamente la cobertura del seguro en base a documentos o declaraciones falsas.
- b. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado o La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 17.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 9.
- d. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver la Solicitud-Certificado. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.
- e. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado o que no se pronuncie sobre el mismo, cuando el Contratante y/o Asegurado incurrir 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 de treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En caso La Compañía, el Contratante o Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. 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 los demás casos mencionados, tanto respecto de la póliza como de la Solicitud-Certificado, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del Contratante.

Para los casos antes mencionados, La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles posteriores a la resolución.

#### **ARTÍCULO N° 11: NULIDAD DEL CONTRATO**

La presente póliza será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (i) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante, 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.

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.

---

El Contratante será el encargado de comunicar al Asegurado sobre la resolución de la póliza o la Solicitud-Certificado, cuando ésta opere a solicitud del Contratante o de La Compañía.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239







**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

La Solicitud-Certificado será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

(ii) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el 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 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.

(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.

(...)

(iv) 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. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.

(v) 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. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.

Para todos los supuestos de nulidad, el Contratante, Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza. Asimismo, en los supuestos contemplados en los literales (i) y (ii), por concepto de penalidad, el Contratante o Asegurado perderá todo derecho sobre las primas entregadas a La Compañía durante el primer (1) año de vigencia de la Póliza. A partir del segundo año, La Compañía devolverá al Asegurado las primas pagadas.

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, gastos y tributos a que hubiera lugar. Los gastos serán debidamente sustentados.

**ARTÍCULO N° 13: AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA**

El siniestro deberá ser comunicado a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, se deberá presentar:

Procedimiento para Fallecimiento Accidental: El(los) beneficiario(s) o la persona que está actuando en su representación deben acercarse al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o al Comercializador con los siguientes documentos:

Carta simple dirigida a La Compañía solicitando el pago de la suma asegurada.  
Original o copia legalizada de la denuncia policial.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239







## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- c. Copia simple del DNI del (los) Beneficiario (s); u Original o Copia legalizada de Partida de nacimiento, según sea el caso.
- d. Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
- e. Original o copia legalizada del Acta o Partida de Defunción del Asegurado;
- f. Original o copia legalizada del Atestado policial completo, en caso corresponda.
- g. Original o copia legalizada del Certificado y/o Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda.
- h. Original o copia legalizada del resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- i. Original o copia legalizada del resultado del examen Toxicológico, en caso corresponda.

Procedimiento para Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente del Asegurado: el Asegurado acreditando su calidad de tal, podrá exigir el pago de las Sumas Aseguradas presentando al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o al Comercializador los documentos que se indican a continuación:

- a. Carta simple dirigida a La Compañía solicitando el pago de la Suma Asegurada.
- b. Copia simple del DNI del Asegurado.
- c. Original o copia legalizada del resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- d. Original o copia legalizada del resultado del examen Toxicológico, en caso corresponda.
- e. Original o copia legalizada de la Denuncia Policial.
- f. Original o copia legalizada del Atestado policial completo, en caso corresponda.
- g. Original o copia legalizada del Dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 14 "Determinación de la Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente"<sup>2</sup>.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o Beneficiarios, deberán solicitarlas dentro de los primeros

### <sup>2</sup> ARTÍCULO N° 14: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL POR ACCIDENTE

Para los casos de determinación de la Invalidez Total o Parcial y Permanente por Accidente en los que no se cuente con el Dictamen de Invalidez del COMAFP, COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, La Compañía cuenta con los veinte (20) primeros días contados desde la presentación de la solicitud de la cobertura del siniestro con la documentación señalada en el Artículo N° 13 completa, para someter al Asegurado a exámenes médicos y pruebas necesarias a fin de determinar y verificar el grado de invalidez permanente por accidente que afecta al Asegurado y si dichas lesiones fueron originadas por un accidente cubierto.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen de La Compañía podrá apelar al mismo dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la comunicación de la determinación de La Compañía. El Asegurado deberá presentar una carta simple manifestando los fundamentos bajo los cuales se ampara la apelación y, de ser el caso, adjuntar los documentos que contribuyan a su apelación. En este caso, el grado de invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres (3) médicos cirujanos elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco (5) o más médicos propuestos por La Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un (1) año como miembros titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMEC).

La junta médica evaluará el grado de invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Póliza y a las normas que regulan la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones conforme a lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones aprobado mediante Decreto Supremo No. 054-97-EF y su Reglamento, así como las normas complementarias y modificatorias. El plazo para el pronunciamiento de la junta médica es de treinta (30) días.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios.

Para los efectos de esta cobertura, las comunicaciones entre La Compañía y el Asegurado, y viceversa, se harán mediante comunicación escrita al domicilio consignado por ambas partes en la Solicitud-Certificado.









**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la Compañía, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso de Invalidez Permanente Parcial o Total por Accidente, en caso no se presente el Dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, La Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto de acuerdo al procedimiento del Artículo N° 14.

Si el Asegurado falleciera a consecuencia directa e inmediata de un accidente, durante o después del periodo de pago por Invalidez Permanente ocasionado por el mismo accidente, La Compañía pagará la suma asegurada respectiva al Beneficiario por concepto de cobertura de Fallecimiento por Accidente previa deducción de lo pagado por Invalidez Permanente a la fecha de ocurrencia del deceso del Asegurado.

**ARTÍCULO N° 15: PAGO DE LAS SUMAS ASEGURADAS**

El siniestro se considerará consentido en los siguientes casos:

1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Contratante, Asegurado o 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 esté vigente. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento respecto a la documentación presentada.
2. Para el consentimiento tácito, si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para el pago del siniestro en la presente póliza la Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.

Cuando la Compañía requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al Asegurado o Beneficiario la extensión del plazo antes señalado; en caso de rechazo por parte del Asegurado o Beneficiario, se sujetará al procedimiento N 91 establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia debe comunicarse al Asegurado o Beneficiario dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia deberá comunicarse al Asegurado o Beneficiario en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que el solicitante haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Luego de aprobado el pago del siniestro, la obligación de pagar la pensión será cumplida por La Compañía en vales de consumo del establecimiento comercial y con la periodicidad y moneda indicada en las Condiciones Particulares y la Solicitud - Certificado de la Póliza.







## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Queda expresamente establecido y pactado entre las partes, y así reconocido y declarado por el Contratante, que la obligación de pago de la pensión a que diera lugar la aplicación de la presente Póliza, en caso que ocurra un siniestro cubierto, única y exclusivamente será efectuada en los vales de consumo a que se refiere el Artículo N° 2 de la presente Póliza, quedando de esa forma satisfecha la obligación de cargo de La Compañía. La presente estipulación sólo está sujeta a la excepción prevista por el siguiente párrafo del presente Artículo.

Si al momento del pago de la pensión, el o los establecimientos autorizados para hacer efectivos los vales de consumo no existiesen, o si por cualquier causa los vales de consumo no fueran honrados y cumplidos por el respectivo establecimiento autorizado que los emitió, La Compañía procederá a emitir cheques mensuales a nombre del beneficiario en vez de vales de consumo. Los cheques se harán por la cantidad y moneda pactados en las Condiciones Particulares de la Póliza y serán emitidos el mes siguiente de efectuado el pago del Capital al Contado.

En todo caso, del Capital al Contado será deducida la deuda por primas con respecto al seguro en materia que con La Compañía tuviese el Contratante o el Asegurado.

Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo N° 11, si la edad del Asegurado fuese mayor a la declarada en la Solicitud-Certificado (pero menor de 65 años), La Compañía podrá optar por pagar el Capital Asegurado reducido en proporción al monto de la prima recibida y la edad efectiva. Si, además, el Asegurado hubiere tenido más de sesenta y cinco (65) años de edad al momento de contratarse el seguro, La Compañía sólo devolverá al Contratante la prima recibida.

Si la edad fuese menor que la declarada, se devolverá el exceso de prima recibida, sin intereses.

### ARTÍCULO N° 22: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

#### 1. Mecanismo de solución de controversias

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.

(...)





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y  
ADMINISTRADORAS PRIVADAS DE FONDOS DE PENSIONES  
**TRANSCRIPCIÓN**

Fecha 04 DIC. 2015


Señor Interseguro Compañía  
de Seguros

Cumplo con remitirle para su conocimiento y fines  
consiguientes la presente fotocopia de la Resolución  
N° 7323-2015 de fecha 04 DIC. 2015

Esta copia es Transcripción oficial  
Atentamente



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y  
ADMINISTRADORAS PRIVADAS DE FONDOS DE PENSIONES

  
-----  
MARCO OJEDA PACHECO  
SECRETARIO GENERAL