



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 28 de agosto de 2015

OFICIO N° 32125-2015-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 alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 5009-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-45534





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 28 AGO. 2015

Resolución S.B.S

N° 5009 - 2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 13 de enero de 2014 y 11 de agosto 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 "Protección de Tarjeta – Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° RG2024100105 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:

En el ítem Protección Blindaje





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

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

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General,





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 "Protección de Tarjeta – Soles y 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 11 de agosto del año en curso, 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 "Protección de Tarjeta – Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° RG2024100105 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 robo y asalto.

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 "Protección de Tarjeta – Soles y 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 modificacio, deberá consignar junto al código de registro lo siguiente: "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias".

Artículo Tercero.- La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto "Protección de Tarjeta – Soles y 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





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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

ARTÍCULO 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 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.

La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

ARTÍCULO N° 6: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la Solicitud-Certificado, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión a 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, no sujeta a penalidad alguna.

ARTÍCULO N° 10: 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. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante o de La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.
- c. 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 en el plazo de diez (10) días, cuando incurren en retención 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.
- d. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales⁶:

⁶ ARTÍCULO N° 22: 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 y en el Certificado de Seguro.

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 reclame fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 11.
- b. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
- c. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.
- d. 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 en el plazo de diez (10) días, cuando incurren 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 Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.
- e. 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.

En caso 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: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

Para los siguientes casos:

1. Indemnización por robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta asegurada.
2. Indemnización por consumos indebidos de la tarjeta asegurada.
3. Indemnización por consumos indebidos de todas las Tarjetas Crédito del Contratante además de la tarjeta asegurada.
4. Fraude de las tarjetas emitidas por el Contratante.

El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

El procedimiento para la solicitud de cobertura será el siguiente:

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- (i) Bloquear la(s) tarjeta(s) sustraída(s), mediante la llamada a las centrales del Contratante y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondientes, dentro de un plazo no mayor de cuatro (4) horas de ocurrido el siniestro.
- (ii) Presentar la denuncia policial, en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de cuatro (24) horas de ocurrido el siniestro.
- (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse a las oficinas o agencias del Comercializador o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con:
 - a) Original de la denuncia policial (emitida en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro)
 - b) Fotocopia del documento de identidad del titular de la tarjeta de crédito.
 - c) Presentar el (los) código(s) asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s).
 - d) Presentar copia de los documentos que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros de los cajeros automáticos indebidos, señalando la fecha, hora y monto.
- (iv) En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza. Asimismo, dentro del plazo anteriormente indicado La Compañía podrá solicitar una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

5. Indemnización de las Tarjetas de Crédito de otras Entidades Financieras.

El aviso del siniestro deberá ser comunicado a La Compañía dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

El procedimiento para la solicitud de cobertura será el siguiente:

- (i) Bloquear la(s) tarjeta(s) sustraídas, mediante la llamada a las centrales de la(s) Entidad(es) Financiera(s) y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondiente(s), dentro de un plazo no mayor de cuatro (4) horas de ocurrido el siniestro.
- (ii) Presentar la denuncia policial, en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de cuatro (24) horas de ocurrido el siniestro.
- (iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse al Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con:
 - a) Original de la denuncia policial (emitida en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro)
 - b) Fotocopia del documento de identidad del titular de la tarjeta de crédito.
 - c) Presentar al Contratante el (los) código(s) asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s).
 - d) Original de Carta emitida por la Entidad Financiera especificando el tipo de cuenta, motivo y lugar del siniestro, el detalle del bloqueo y extracciones.
 - e) Presentar al Contratante los documentos que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros de los cajeros automáticos indebidos, señalando la fecha, hora y monto.
- (iv) En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza. Asimismo, dentro del plazo anteriormente indicado La Compañía podrá





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

solicitar una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

6. Fallecimiento Accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta asegurada

El plazo para efectuar el aviso del siniestro será dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio.

Posteriormente, para solicitar la cobertura el beneficiario o la persona que está actuando en su representación deben acercarse a cualquier oficina o agencia del Comercializador o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con los siguientes documentos:

- a) Carta simple dirigida a La Compañía.
- b) Original o copia legalizada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
- c) Original o copia legalizada de la Partida o Acta de defunción.
- d) Original o copia legalizada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
- e) Original o copia legalizada del Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- f) Original o copia legalizada del Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

El plazo para efectuar la solicitud de esta cobertura será el plazo prescriptorio legal vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza.

7. Gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro:

El plazo para efectuar la solicitud de esta cobertura y el aviso del siniestro será de treinta (30) días desde la fecha de ocurrencia del siniestro.

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación que La Compañía requiera para poder evaluar la atención recibida:

- a) Original o copia legalizada del informe médico que detalle el tratamiento efectuado, y los días de hospitalización requeridos,
- b) Original de recetas, solicitudes de exámenes y resultados de los mismos que permita validar a La Compañía la atención recibida por el Asegurado.

En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza. Asimismo, dentro del plazo anteriormente indicado La Compañía podrá solicitar una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

Reembolso de documentos por robo y/o asalto y/o secuestro de la tarjeta asegurada





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El Asegurado o la persona que está actuando en su representación debe presentar una carta simple dirigida a La Compañía adjuntando el original de la denuncia policial y el original de los documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos en su Centro de Servicio de Atención al Cliente. Asimismo, cuando La Compañía lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

9. Fallecimiento Natural:

Los Beneficiarios deberán presentarse al Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía acreditando su calidad de tales, presentando los siguientes documentos:

- a) Original o copia legalizada de la Partida o Acta de Defunción
- b) Original o copia legalizada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato original completo.
- c) Copia de documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
- d) Copia de Documento de Identidad de (los) Beneficiario(s).

10. Fallecimiento Accidental:

Adicionalmente a los requisitos señalados en el numeral anterior, se deberán presentar los siguientes documentos en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o del Comercializador:

- a) Carta simple dirigida a La Compañía.
- b) Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
- c) Original o copia legalizada de la Partida o Acta de defunción.
- d) Original o copia legalizada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
- e) Original o copia legalizada del Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- f) Original o copia legalizada del Resultado de examen de dosaje etílico, en caso corresponda.
- g) Original o copia legalizada del Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

El plazo para efectuar la solicitud de esta cobertura será el plazo prescriptorio legal vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

11. Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad:

Se deberá presentar al Contratante o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan, que necesariamente incluirán el certificado médico legalizado e informe médico ampliatorio, además del documento de identidad del Asegurado y el Dictamen de invalidez del COMAFP, COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, caso contrario





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 21 "Determinación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente"⁷.

12. Renta Alimenticia por Fallecimiento:

Para proceder al cobro de este siniestro en caso de Fallecimiento Natural o Fallecimiento Accidental se presentarán en las oficinas del Comercializador o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía los mismos documentos señalados en los puntos 9 ó 10, según sea el caso, por los beneficiarios a La Compañía o al Comercializador mediante una carta simple.

13. Indemnización por diagnóstico de Cáncer:

El Asegurado deberá informar por escrito a La Compañía sobre la ocurrencia del siniestro adjuntando lo siguiente:

- a) El diagnóstico del médico especialista que lo atendió.
- b) La documentación sustentatoria, en base a pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, del laboratorio.

La documentación antes mencionada deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de determinación del diagnóstico definitivo en las oficinas o agencias del Comercializador o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía. El costo de estas pruebas no será de cargo de La Compañía.

El aviso del siniestro para todas las coberturas deberá realizarse por escrito a los Centros de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

7 ARTÍCULO N° 21: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Para los casos de determinación de la Invalidez Total 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° 11 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 Central 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

En todas las coberturas, 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 con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

Los documentos que se requieran en el presente artículo deberán ser entregados en los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

En la presente póliza, entiéndase que la "copia legalizada" hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 110 del Decreto Legislativo N° 1049.

ARTÍCULO N° 12: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

La prima será pagada por el Contratante en fracciones mensuales en las fechas indicadas en la Solicitud - Certificado de Seguro. El Contratante trasladará el pago de la prima al Asegurado.

El monto de la prima, y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza y se consignan en la Solicitud - Certificado de Seguro respectivo y podrán ser modificadas de mutuo acuerdo entre La Compañía y el Contratante, de lo que se informará previamente por escrito al Contratante con cuarenta (45) días de anticipación al vencimiento, conforme lo señalado al Artículo N° 18 de estas Condiciones. Para ello, La Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante y este deberá poner en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado.

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 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. 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 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 efectivamente cubierto,





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía.

ARTÍCULO N° 14: 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.

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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTICULO N° 20: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Asegurado o sus 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. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento respecto a documentación presentada.
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 Asegurado la ampliación del plazo. Si el Asegurado no lo aprueba, La Compañía podrá presentar 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.

Luego de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el monto indemnizable será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El capital o la indemnización serán pagados en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo, en las Oficinas de Atención al Cliente.

ARTÍCULO N° 25: 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 28 AGO. 2015

Señor: Intersegura Compañía de Seguros S.A.

Cumplo con remitirle para su conocimiento y fines consiguientes la presente fotocopia de la Resolución N° 5009-2215 de fecha 28 AGO. 2015

Esta copia es Transcripción oficial
Atentamente



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

Marco Ojeda Pacheco

MARCO OJEDA PACHECO
SECRETARIO GENERAL