



**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP  
República del Perú

Lima, 28 JUN. 2017

*Resolución S.B.S*

*Nº 2590-2017*

*El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica*

**VISTOS:**

La solicitud presentada por Seguros Sura S.A. (en adelante la Compañía) mediante carta recibida con fecha 19 de abril de 2016 y la solicitud ingresada a través del Sistema de Revisión de Contratos – SIRCON el 01 de junio de 2017, 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 Individual Corporativo (SIC) - Soles", registrado con Código SBS N° VI2058010004 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





## 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 Individual Corporativo (SIC) - Soles" 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 de lo informado por la Compañía mediante comunicación de 01 de junio de 2017, no será aplicable el derecho de arrepentimiento a que se refiere el artículo 41 de la Ley de Seguros, considerando que el producto ya no se comercializa;

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 Individual Corporativo (SIC) - Soles", registrado con Código SBS N° VI2058010004 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 vida individual de corto plazo.

**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 Individual Corporativo (SIC) - Soles", 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 Individual Corporativo





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

(SIC) - Soles", 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 suscritos o renovados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de Seguros 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 1**  
**CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**Art. 4° PLAZO DE VIGENCIA Y RENOVACIÓN**

(...)

En caso la Compañía Aseguradora decida renovar la Póliza en condiciones distintas a las pactadas originalmente, deberá comunicarlo por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación a la fecha de renovación a partir de la cual surtirán efectos la modificación.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía y el contrato se renovará automáticamente con la inclusión de tales nuevas condiciones en caracteres destacados.

En el supuesto en que la referida propuesta de modificación remitida por la Compañía sea rechazada por el Contratante dentro de los 30 días previos al vencimiento de la vigencia mensual en curso, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar dicha vigencia mensual, no procediendo la renovación automática de la Póliza para el siguiente período mensual.

**Art. 5° MODIFICACIÓN CONTRACTUAL**

Se deja constancia que, durante la vigencia del presente Contrato de Seguro, la Compañía Aseguradora no podrá modificar los términos contractuales del mismo sin la aprobación previa y por escrito del Contratante. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no generará la resolución del presente Contrato de Seguro, en cuyo caso la Compañía Aseguradora respetará los términos pactados originalmente. Finalmente, la Compañía Aseguradora pondrá a disposición del Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los asegurados, en caso sean personas distintas.

**ART. 13° PERÍODO DE GRACIA Y EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO**

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días contados a partir del vencimiento de la prima o cuota correspondiente. Durante este plazo, la cobertura permanecerá vigente. Si la prima se encontrase impaga, habiendo vencido el plazo de gracia mencionado, el contrato de seguro - considerando que la vigencia del mismo es de treinta (30) días conforme a lo establecido en el Artículo 4° del presente contrato-, no se renovará automáticamente en el siguiente período mensual, por lo que el mismo se extinguirá en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, librándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Art. 4° PLAZO DE VIGENCIA Y RENOVACIÓN





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

### Art. 15° AVISO Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO

Una vez producido el siniestro, el Contratante, el Asegurado y/o el(los) Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del Siniestro, dentro de los siete (7) días contados a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. El dolo en que incurra el Contratante o Asegurado o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de culpa inexcusable, el Contratante o Asegurado o Beneficiario no pierden el derecho de ser indemnizados si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro o si se demuestra que la Compañía Aseguradora ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio. En caso de culpa leve por parte del Asegurado o Beneficiario y siempre que se haya generado un perjuicio a la Compañía Aseguradora, esta tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, deberán presentar en las oficinas de la Compañía Aseguradora los antecedentes relativos al Siniestro, dentro de los noventa (90) días calendario contados desde el aviso del Siniestro.

Se deja a salvo el derecho del Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda, de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decida acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se hubiere pactado esta última -, para reclamar la indemnización aún luego de transcurridos los plazos señalados anteriormente, considerando para ello que el plazo de prescripción establecido en la Ley del Contrato de Seguro es de diez (10) años desde la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario tuvo conocimiento del beneficio.

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios deberán presentar en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) los siguientes documentos, según corresponda:

a) Muerte Natural

- Documento Nacional de Identidad del Asegurado, en caso se cuente con el mismo.
- Certificado de Defunción (formato completo).
- Partida o Acta de Defunción.
- Documento Nacional de Identidad del Beneficiario.
- Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos los relativos al fallecimiento del Asegurado.

b) Muerte Accidental; adicionalmente a lo requerido en caso de muerte natural:

- Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente)

---

La presente póliza inicia su vigencia a las 00:00 horas de la fecha señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, sujeto al cumplimiento de lo estipulado en las Condiciones Generales de este contrato y siempre y cuando se haya realizado el pago de la prima correspondiente.

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

6/10





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
  - Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
  - Dosaje etílico, en caso corresponda.
- c) Invalidez Total y Permanente por Accidente
- Documento de identidad del Asegurado; a falta de este documento, certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la partida de nacimiento.
  - Informe del médico que prestó los primeros auxilios.
  - Dictamen de Invalidez Total Permanente emitida por Essalud (Seguro Social de Salud) o MINSA (Ministerio de Salud) o la COMAFP (Comité Médico de las AFP); en caso de apelación, el dictamen médico será emitido por el Comité Médico de la SBS (COMEC).
  - Atestado policial completo o acta de intervención policial, o de autoridad competente, en caso de accidente (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente). La fecha del accidente que conste en dicho documento constituye la fecha del siniestro.
  - Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el Asegurado fue diagnosticado y tratado de la causa básica de su invalidez.
- d) Para los casos de Deuda con el Empleador, adicionalmente a lo requerido para la cobertura por muerte o Invalidez Total y Permanente por Accidente, según corresponda, se deberá presentar el documento que sustente el préstamo respectivo, así como copias de las boletas o planillas de pago que demuestre el saldo insoluto a la fecha del siniestro. Los documentos deberán ser presentados mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).
- e) En el caso de Desempleo, el Asegurado deberá presentar, adicionalmente a lo solicitado en los literales c) o f), según corresponda, la constancia emitida por el empleador mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada). Asimismo, de ser necesario, aplicará lo dispuesto en la cobertura de Enfermedades Graves, en el siguiente literal.
- f) Para la cobertura de Enfermedades Graves, deberán proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos del Asegurado, que posean este último y/o los Beneficiarios, entendiéndose como estos la Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el asegurado fue diagnosticado y tratado, Informe del médico tratante y Estudio histopatológico y Anátomo patológico. El Asegurado dará las facilidades y deberá someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad del diagnóstico y tipo de enfermedad y determinar la fecha en que dicho diagnóstico se haya producido (fecha del suceso que otorga la cobertura). El costo de dichos exámenes y pruebas será de cargo de la Compañía Aseguradora, y serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días desde la recepción de toda la documentación e información requerida en la póliza. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, contado desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas.

En cualquiera de los casos señalados previamente, adicionalmente a los documentos solicitados en el presente artículo, el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los informes, declaraciones, certificados o





## **SUPERINTENDENCIA**

**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

documentos, destinados a probar la ocurrencia del siniestro, que la Compañía Aseguradora razonablemente solicite dentro del plazo indicado más adelante.

Sin perjuicio de que es obligación del contratante, el Asegurado y/o el(los) beneficiario(s) presentar la documentación e información prevista en el presente artículo, por el presente documento el contratante y los beneficiarios autorizan y se obligan a colaborar para que la compañía aseguradora realice todas las indagaciones necesarias para determinar la procedencia de la cobertura de un siniestro y el importe de la indemnización.

Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria indicada en la póliza para la liquidación, la Compañía cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro y proceder a rechazarlo o a aprobarlo. En caso la Compañía Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada deberá de solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado. La Compañía Aseguradora podrá solicitar un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro siempre, conforme a la legislación establecida por la SBS, en particular lo establecido en el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros y la Ley del Contrato de Seguro.

El pago de la indemnización se efectuará en un plazo no mayor a treinta (30) días desde la fecha en que el siniestro fue consentido.

### **ART. 17° CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

La resolución deja sin efecto el contrato de seguros celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
- b) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.
- c) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante, para lo cual el Contratante debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución denominada "Declaración Jurada del Contratante" en original acompañada del DNI. El formato numerado de dicha Declaración podrá ser proporcionado por la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro. La resolución de la póliza será efectiva en treinta (30) días calendario posteriores a la presentación de la solicitud. Durante este periodo el Contratante continuará pagando la prima y por lo tanto gozará de la cobertura. No se aplicarán penalidades ni cobros de naturaleza similar.
- d) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado anteriormente.

e) Por no contar con la cantidad mínima de asegurados en un mismo empleador conforme al artículo 18° del presente documento.

f) Por falta de pago de la prima conforme al artículo 13° de presente documento.

g) Por agravación del riesgo: Comunicada a la Compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, ésta debe manifestar al contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. Mientras la Compañía Aseguradora no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso. El seguro de vida no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato.

h) Derecho del Asegurado de revocar su consentimiento por escrito, cuando éste sea distinto que el contratante. Cesará la cobertura del seguro desde la recepción del documento por parte de la Compañía. Asimismo, el Contratante tiene derecho a la devolución de la prima, salvo por la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

La resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los literales a) y b) operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de éste.

En todos los casos, salvo que en algún supuesto específico de resolución se diga expresamente algo distinto, sólo se devolverá la prima pagada por adelantado por la fracción de días del período mensual en curso que hubiese quedado trunco como consecuencia de la resolución.

Las devoluciones de primas señaladas anteriormente se realizarán de la siguiente manera:

(i) Para el supuesto establecido en el literal c), el Contratante deberá presentar una solicitud de devolución de manera presencial a través de las plataformas de atención ubicadas en las oficinas de la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e informará al cliente sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución con abono a la cuenta del cliente, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.

(ii) Para los supuestos establecidos en los literales a), b), d), e), g) y h) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución del Contrato informará al Contratante y/o Asegurado sobre los efectos de la misma sobre la prima, procediendo luego en un plazo de 7 días útiles a realizar la devolución,





## **SUPERINTENDENCIA**

**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

con abono a la cuenta del cliente, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

### **ART. 19° NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**

La nulidad deja sin efecto el presente contrato por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

El contrato de seguro será nulo y el Contratante y/o Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo el mismo, en caso de reticencia y/o declaración inexacta que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, si media dolo o culpa inexcusable del Asegurado y/o Contratante<sup>2</sup>. Las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía Aseguradora, quien tiene el derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio, devolviendo sólo las primas pagadas en exceso a dicho monto.

La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea también la nulidad del presente Contrato, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de la declaración de nulidad de la Póliza.

Asimismo, el contrato de seguro será nulo y El Asegurado y/o el Beneficiario perderán todo derecho a indemnización bajo el mismo: (i) si al tiempo de su celebración se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad que se produzca; y, (ii) cuando no existe interés asegurable al tiempo de perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En estos casos las primas pagadas serán devueltas por la Compañía Aseguradora, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de la declaración de nulidad de la Póliza.

Si el Asegurado o sus Beneficiarios hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía Aseguradora la suma percibida, conjuntamente con los intereses legales y demás gastos que deberán ser debidamente justificados por la Compañía Aseguradora.

### **ART. 21° SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

En caso de presentarse conflictos o divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta póliza, las partes acuerdan que se someterán a la jurisdicción del Poder Judicial en Lima o del lugar donde domicilia el Contratante o Asegurado o Beneficiario, según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin embargo, una vez ocurrido el siniestro, las partes podrán acordar someter cualquier controversia que se derive de esta póliza a un arbitraje de derecho siempre que el monto reclamado supere los límites económicos fijados por la SBS. (...)

<sup>2</sup> Se aprueba la presente condición considerando que de acuerdo al artículo 9 de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía dispone del plazo de 30 días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta computados desde que la Compañía conoce la reticencia o declaración inexacta.

