



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 20 ENE. 2015

Resolución S.B.S

N° 454 - 2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Seguros Sura (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 15 de enero de 2014 y 07 de enero 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 Vida Grupo", registrado con Códigos SBS N° VI2057210025/ VI2057220044 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

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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas relacionadas a los siguientes aspectos:

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, que deberá incluirse en forma destacada en el caso de los seguros ofertados por los comercializadores.

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



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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, 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 Vida Grupo" 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, mediante comunicación de fecha 07 de enero de 2015 la compañía señaló que el presente producto será comercializado, únicamente, a través de corredores de seguros; por lo que no corresponde incorporar la cláusula correspondiente al derecho de arrepentimiento;

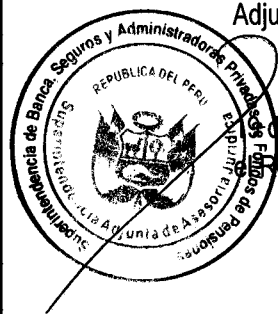
Estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y del artículo 349° de la Ley General; la Ley de Contratos de Seguro, 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 Vida Grupo", registrado con Códigos SBS N° VI2057210025/ VI2057220044 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 grupo particular.

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 Vida Grupo", 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 Vida Grupo", 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.



FERNANDO MERINO NÚÑEZ
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA (S.A.J.)

FACULTADO POR RESOLUCIÓN

SBS N° 423-2015.....



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO I

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

Art. 4°.- VIGENCIA DEL SEGURO

(...)

Asimismo, 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. Cabe precisar que la Compañía Aseguradora entregará al Contratante la documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento del asegurado.

Art. 9.- SUSPENSIÓN DE COBERTURA Y RESOLUCIÓN POR FALTA DE PAGO

Si la prima se encontrase impaga, la cobertura se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación y siempre que la Compañía Aseguradora haya enviado una comunicación al Contratante y al Asegurado informando sobre la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento de pago de la prima y el plazo que dispone el Contratante para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura del seguro. Encontrándose suspendida la cobertura, el contrato quedará resuelto una vez vencido el plazo de treinta (30) días contado a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía Aseguradora informándole la decisión de resolver el contrato. El Contratante comunicará al Asegurado de esta situación una vez recibida dicha comunicación. En este último supuesto, la Compañía Aseguradora tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos dentro del período en que la cobertura se encuentre suspendida o la Póliza resuelta debido a la falta de pago de la prima por cualquier causa. En consecuencia, la Compañía Aseguradora en ningún caso será responsable por el siniestro ocurrido durante el período en que el Contratante se encontrara en mora en el pago de las primas.

En perjuicio de lo señalado, si la Compañía Aseguradora no reclama el pago de la prima, por la vía judicial, administrativa o arbitral, en caso se hubiese pactado esta última, dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en la Póliza, se entiende que el contrato quedará extinguido.

Art. 11°.- AVISO DE SINIESTRO, SOLICITUD DE COBERTURA y AVISO EXTEMPORÁNEO DE SINIESTRO

(...) El dolo en que incurra el Contratante o el 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 el 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 las circunstancias por otros medios. En caso de culpa leve por parte del Contratante 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

La solicitud de cobertura debe contener el detalle de las coberturas reclamadas, los montos correspondientes y los documentos requeridos según cada cobertura, indicados en el Art.12° del presente Condicionado General.

Se deja a salvo el derecho del Asegurado o Beneficiario de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decidan acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se hubiere pactado esta última - para reclamar la indemnización aún luego de transcurrido el plazo señalado anteriormente¹, considerando para ello el plazo de caducidad establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

Art. 12°.- DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Para hacerse acreedor a los beneficios establecidos, el Asegurado y/o Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincia, los siguientes documentos de acuerdo a las coberturas de la presente póliza:

- **Por Muerte Natural:**

Certificado Médico de Defunción (original o copia legalizada).

Partida o Acta de Defunción (original o copia legalizada).

Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.

Declaratoria de Beneficiarios o Sucesión Intestada definitiva, inscrita en Registros Públicos, (original o copia legalizada).

Copia legalizada del DNI de Beneficiario.

- **Por Muerte Accidental:**

Documentos solicitados para la cobertura por Muerte Natural (no considerar historia clínica salvo que la compañía lo requiera).

Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.

Protocolo de Necropsia (original o copia legalizada), según corresponda.

Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda.

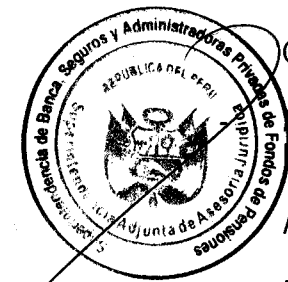
- **Por Muerte Accidental de Circulación:**

Documentos solicitados para la cobertura por Muerte Natural (no considerar historia clínica salvo que la compañía lo requiera).

Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.

Protocolo de Necropsia (original o copia legalizada), según corresponda.

Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda.



¹ El incumplimiento del plazo para el aviso del siniestro no constituye causal para el rechazo, conforme lo dispuesto en el artículo 3 del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- **Por Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

DNI Asegurado (original o copia legalizada).

Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP, EsSalud, INR o MINSA.

Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.

Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda.

Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.

- **Por Invalidez Parcial y Permanente por Accidente:**

DNI Asegurado (original o copia legalizada).

Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP, EsSalud, INR o MINSA.

Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.

Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda..

Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.

- **Por Gastos de Sepelio, Renta Familiar Mensual y Desamparo Súbito Familiar**

Documentos solicitados para la cobertura por muerte natural y muerte accidental (de corresponder).

- **Por Adelanto por Enfermedad Grave Terminal:**

DNI Asegurado (original o copia legalizada).

Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.

Informe Médico tratante.

Anatomía Patológica (sólo para los casos de Cáncer).

- **Por Repatriación de Restos y Traslado de Fallecimiento al Lugar de Origen:**

Certificado Médico de Defunción (original o copia legalizada).

Partida o Acta de Defunción (original o copia legalizada).

Facturas, Boletas y/o equivalentes, originales por gastos vinculados a los restos del asegurado.

Copia legalizada del DNI de quien realizó los gastos.

- **Por Gastos de Curación por accidentes:**

DNI Asegurado (original o copia legalizada).

Informe del médico certificando el accidente.

Informe del servicio de ambulancia detallando la causa u origen del accidente, en caso corresponda.

Facturas y/o boletas originales por los gastos incurridos en las primeras cuarenta y ocho (48) horas posteriores de haber sufrido el accidente.

Acta de intervención policial, de corresponder (original o copia legalizada).

Dosaje Etílico y Toxicológico, de corresponder (original o copia legalizada).

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro, todo documento deberá ser presentado en original, de requerir copia simple o legalizada, será indicado por la Compañía Aseguradora dentro del plazo señalado más adelante. Sin perjuicio de que es obligación del Contratante y/o Beneficiario presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, el Contratante autoriza y se obliga a colaborar para que la Compañía Aseguradora realice todas las





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

indagaciones necesarias para determinar la procedencia de la cobertura de un siniestro y el importe de la indemnización, caso contrario, no correrá el plazo de treinta (30) días que tiene la Compañía Aseguradora para pronunciarse sobre el siniestro. Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria para la liquidación, la Compañía Aseguradora cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro y proceder a rechazarlo o a aprobarlo, transcurrido dicho plazo sin respuesta de la Compañía Aseguradora se entenderá consentido el siniestro. 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 conforme a la legislación establecida por la SBS. Una vez consentido el siniestro, la Compañía Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) días para proceder a efectuar el pago correspondiente caso contrario la Compañía Aseguradora deberá pagar al Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú de acuerdo a la moneda pactada en el presente contrato por todo el tiempo de la mora.

El Contratante cuenta con una declaración de beneficiarios presentada por cada cliente asegurado y una vez aprobado o consentido el siniestro se hará entrega de una constancia al beneficiario, quien acudirá a la aseguradora y cobrará la indemnización. En caso el cliente no haya declarado beneficiarios, se deberá contar con la declaración de herederos.

El Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda, pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

Art. 17°.- CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO: RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD

17.1 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 falta de pago de la prima en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
- b) Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
- c) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.
- d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía Aseguradora. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.
- e) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo, retraer la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en 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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

un plazo de 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 en el párrafo anterior.

- f) Por decisión de la Compañía Aseguradora, dentro de los quince días de comunicada la agravación del riesgo por el Contratante y/o Asegurado. Durante el tiempo en que la Compañía Aseguradora no manifieste su decisión de resolver el contrato, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

La resolución del Contrato de Seguros o de la Solicitud-Certificado en los supuestos señalados en los literales b), c), e) y f) operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante y al Asegurado, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de estos.

En el supuesto señalado en el literal a) la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al período efectivamente cubierto.

En los supuestos señalados en el literal d) la Compañía Aseguradora devolverá al Contratante y/o Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

En los supuestos señalados en los literales b), c) y e) corresponden a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

En el supuesto f) la Compañía Aseguradora 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.

En los supuestos señalados en los literales a) y d) el Contratante comunicará a los Asegurados la resolución del Contrato de Seguros.

Finalmente, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado respecto de la Solicitud y/o Certificado serán las previstas en los literales a) al e) de la presente cláusula. El plazo para la resolución se computará desde el día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado en los supuestos previstos en los literales b), c), e) y f), comunicación que podrá realizarse en su domicilio o a través de correo electrónico, sin perjuicio de la comunicación que la Compañía hará al Contratante.

- 17.2 El contrato quedará extinguido por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendarios siguiente al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato, en caso que la Compañía Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral, en caso se haya pactado esta última.
- 17.3 La nulidad deja sin efecto el presente contrato por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El contrato de seguro será nulo y el Asegurado 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.

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.

Por otro lado, en caso que la prima pagada sea inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Por el contrario, si la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Compañía Aseguradora restituirá el exceso de la prima percibida, sin intereses.

Asimismo, el contrato de seguro será nulo y 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.

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 sean debidamente justificados por la Compañía Aseguradora.

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

(i) Para los supuestos establecidos en los literales d) y f), el Contratante deberá presentar una solicitud 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), c) y e) 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, 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. 23° SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de presentarse conflictos o divergencias o cuestiones sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta póliza, las partes acuerdan que se someterán a la jurisdicción del Poder Judicial en





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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. El tribunal arbitral estará compuesto de tres (3) árbitros que serán elegidos de común acuerdo en la siguiente forma:

- Cada una de las partes elegirá a un árbitro y el tercero, quien lo presidirá, será designado por los dos árbitros previamente nombrados, o en su defecto por el Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima o de la ciudad que corresponda para el caso del arbitraje.
- El procedimiento de arbitraje, incluso para la designación de los árbitros, se sujetará a las normas del Reglamento del mencionado Centro de Arbitraje. El fallo del Tribunal es inapelable.

De ser el caso, el Contratante, el Asegurado y/o Beneficiario tiene el derecho de acudir ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

