



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 28 DIC. 2016

Resolución S.B.S

N° 6722 -2016

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por SEGUROS SURA (en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fechas 19 de abril y 14 de diciembre de 2016, 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 de los productos denominados "Vida Accidental (Seguro de Accidentes) – Soles" y "Vida Accidental - Seguro de Accidentes - Dólares", registrados con Códigos SBS N° AE2056110024 y AE2056120043, respectivamente 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 de los productos denominados "Vida Accidental (Seguro de Accidentes) – Soles" y "Vida Accidental - Seguro de Accidentes - Dólares" obedece a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, que señala que los modelos de pólizas previamente incorporadas en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas de esta Superintendencia deben ser modificados de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en el nuevo marco normativo;

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 de los productos denominados "Vida Accidental (Seguro de Accidentes) – Soles" y "Vida Accidental - Seguro de Accidentes - Dólares", registrado con Códigos SBS N° AE2056110024 y AE2056120043, respectivamente, contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de accidentes personales.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación por adecuación del modelo de póliza correspondiente a los productos denominados "Vida Accidental (Seguro de Accidentes) – Soles" y "Vida Accidental - Seguro de Accidentes - Dólares", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos sesenta (60) días calendario de notificada la presente Resolución.

Asimismo, en observancia de lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, en las pólizas que emita utilizando el mencionado modelo de póliza de seguro modificado, deberá consignar junto al código de registro lo siguiente: "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias".

Artículo Tercero.- La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación de los modelos de póliza correspondiente a "Vida Accidental (Seguro de Accidentes) – Soles" y "Vida Accidental - Seguro de Accidentes - Dólares", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de sesenta (60) días calendario indicado en el artículo anterior, conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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. 1° - OBJETO Y MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

(...)

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.

Art. 7°.- SUSPENSIÓN DE COBERTURA, RESOLUCIÓN POR FALTA DE PAGO Y EXTINCIÓN DEL CONTRATO

Si durante el periodo de vigencia de la Póliza 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 se disponen para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura del seguro.

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida, el contrato y/o certificado de seguro, según corresponda, quedará resuelto vencido el plazo de treinta (30) días contado a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación escrita de la Compañía Aseguradora informándole la decisión de resolver el contrato y/o certificado de seguro, según corresponda. En este último supuesto, la Compañía Aseguradora tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. El Contratante será el responsable de comunicar al Asegurado la resolución del contrato y/o certificado de seguro, según corresponda.

La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos dentro del periodo en que la cobertura se encuentre suspendida o la Póliza resuelta y/o certificado resuelto debido a la falta de pago de la prima por cualquier causa.

Sin perjuicio de lo señalado, si la Compañía Aseguradora no reclama el pago de la prima, por la vía judicial o arbitral, dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en la Póliza, se entiende que el contrato y/o certificado de seguro, según corresponda, quedará extinguido.

Art. 8° - AVISO DE SINIESTRO, SOLICITUD DE COBERTURA Y AVISO EXTEMPORÁNEO DE SINIESTRO

Una vez ocurrido el siniestro, el Contratante y/o el Asegurado y/o el Beneficiario comunicará por escrito el siniestro a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo de siete (7) días calendarios, contados a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o desde que se conoce el beneficio, conforme a los medios de comunicación pactados en la presente póliza. El dolo en que incurra el Contratante y/o el Beneficiario y/o Asegurado en el incumplimiento de los plazos para comunicar el





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

sinistro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de culpa inexcusable, no se perderá el derecho a la indemnización 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 y/o del 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.

La Solicitud de Cobertura debe contener la precisión de las coberturas reclamadas, los montos correspondientes, y documentos requeridos, según cada cobertura, indicados en el Art. 9° del presente Condicionado General y en el Condicionado Particular.

Se deja a salvo el derecho del Contratante y/o del Asegurado y/o del 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 transcurridos los plazos señalados anteriormente, considerando para ello el plazo de prescripción establecido por La Ley del Contrato de Seguro.

Art. 9° . - DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

La documentación requerida e información completa que debe de ser presentada por el Beneficiario y/o Asegurado y/o Contratante ante la Compañía Aseguradora en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) es la que se detalla a continuación:

- a. Una declaración escrita redactada por quien solicite la cobertura que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancia en que éste ocurrió.
- b. Un certificado o informe del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables. Todo accidente grave debe ser certificado por la autoridad competente.
- c. Copia de la Historia Clínica Completa foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el asegurado fue atendido en el momento del accidente. El seguro no obliga a la Compañía Aseguradora si no se dejare libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la Compañía Aseguradora, al lugar donde se encuentre el Asegurado, salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.
- d. Dosaje Etílico y/o Estudio Químico Toxicológico, en caso de corresponder.
- e. Atestado o Parte policial completo o Acta de intervención policial, sólo en caso de accidente..
- f. Carpeta Fiscal o conclusiones de la Fiscalía, sólo en caso de accidente.
- g. Dictamen o Certificado de Invalidez Permanente emitida por ESSALUD (Seguro Social de Salud), la COMAFP (Comisión médica de AFP) o la COMEC (Comisión Médica de la Superintendencia).

Para el pago de la cobertura de Gastos de Sepelio como reembolso, sólo se deberá presentar la partida de defunción y las facturas o boletas originales de los gastos incurridos.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de exigir - dentro del plazo previsto para la solicitud de información adicional- la necropsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

concurso, si fueren imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La necropsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los sucesores o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de la Compañía Aseguradora, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los sucesores o beneficiarios.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro dentro de los primeros 20 días del plazo de 30 días con el que cuenta la Compañía Aseguradora para aceptar o rechazar el siniestro, suspendiéndose el plazo que tiene la Compañía Aseguradora para proceder a pagar el siniestro hasta que se entregue la nueva documentación requerida, conforme a lo establecido en la legislación de seguros vigente¹. Todo documento deberá ser presentado en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada). Sin perjuicio de que es obligación del Contratante y/o Beneficiario y/o Asegurado presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, éstos 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.

El Beneficiario y/o Asegurado pierden derecho a ser indemnizados si actúan fraudulentamente o emplean medios falsos para probar el siniestro.

Art. 17°.- RESOLUCIÓN Y NULIDAD DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO

17.1 CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO: La resolución deja sin efecto la solicitud-certificado por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima, en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la solicitud-certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolución.
- b) Por solicitud de cobertura 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 Asegurado y/o Beneficiario.
- d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Asegurado mediante un previo aviso de treinta (30) días calendario a la Compañía Aseguradora o al Contratante. 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 Asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo, retraer la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, si la

¹ Se deberá tener presente lo establecido en el artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá la revisión de la solicitud-certificado en un plazo de treinta (30) días calendario computados 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 calendario para que el Asegurado 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 la solicitud-certificado mediante comunicación dirigida al Asegurado, en el plazo de treinta (30) días calendario computados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendario fijado en el párrafo anterior.

f) Por agravación del riesgo, siendo que el asegurado, debe notificar por escrito a la compañía Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por esta al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas. Comunicada a la compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, esta debe manifestar al asegurado, 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. La solicitud-certificado no podrá ser modificada o dejada sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración de la solicitud-certificado.

En todos los supuestos señalados anteriormente, la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al período efectivamente cubierto.

En el supuesto señalado en el literal a), el Contratante comunicará la resolución al Asegurado.

La resolución de la Solicitud-certificado en los supuestos b), c), y f) señalados previamente, operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Beneficiario y/o Asegurado, según corresponda. En caso alguna causal de resolución disponga un plazo específico para resolver el contrato, el plazo se computará desde la notificación al Asegurado, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de estos.

En el supuesto señalado en el literal d) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

En los supuestos señalados en los literales b) y c) corresponden a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución de la solicitud-certificado.

En los supuestos señalados en los literales e) y f), en el caso que la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución de la solicitud-certificado. Para aquellos casos, en los cuales el asegurado no haya comunicado oportunamente la agravación del riesgo, la Compañía Aseguradora tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- (i) Para el supuesto establecido en el literal d), el Asegurado 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 contratante y al asegurado 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 asegurado, 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), e) y f) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución de la solicitud-certificado 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 asegurado, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

17.2 NULIDAD DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO: La nulidad deja sin efecto la solicitud-certificado por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

La solicitud-certificado será nula y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo la misma, 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. 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 de la solicitud-certificado, 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, la solicitud-certificado será nula y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo la misma: (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 los 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. 18° RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

18.1 CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO:

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

9/12





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 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 numerada denominada "Declaración Jurada del Contratante", la misma que es proporcionada por la compañía y deberá ser entregada en original y acompañada del DNI. 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 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud. Durante este período el Contratante continuará pagando la prima y por lo tanto gozará de la cobertura. No se aplicarán penalidades ni cobros de naturaleza similar.
- b) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante, 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 es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en 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 anteriormente.
- c) Por falta de abono de la prima por parte del Contratante, cuando este sea responsable de su pago, según lo dispuesto en la cláusula 6°.
- d) Por agravación del riesgo: El contratante comunica a la Compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, siendo que ésta deberá 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 contrato de seguro 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.

Respecto a la resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los literales a), b), c) y d), será el Contratante quién comunicará a los Asegurados la resolución del contrato, la comunicación podrá ser cursada al domicilio o correo electrónico de los Asegurados.

En los supuestos señalados en los literales a), b) y d), las primas devengadas a prorrata quedan adquiridas por la Compañía Aseguradora hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato de seguro.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En el supuesto señalado en el literal c), las primas devengadas a prorrata quedan adquiridas por la Compañía Aseguradora hasta el momento en que brindó cobertura.

En los supuestos señalados en los literales a), b) y d), salvo que en algún supuesto específico de resolución se diga expresamente algo distinto, sólo se devolverá la prima pagada por adelantado del período que hubiese quedado trunco como consecuencia de la resolución.

La Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses, quien se encargará de devolver al Asegurado. Las devoluciones de primas señaladas anteriormente se realizarán de la siguiente manera:

- (i). Para el supuesto establecido en el literal a), 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 contratante 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 contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.
- (ii). Para el supuesto establecido en los literales b) y d), 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 Contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

18.2 CAUSALES DE NULIDAD:

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. En caso de declaración inexacta de la edad de EL ASEGURADO, si se comprobare que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de Ingreso a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Octava de las presentes Condiciones Generales. La presente causal será aplicable en caso EL CONTRATANTE sea quien declare.
2. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro. La presente causal será aplicable en caso EL CONTRATANTE sea quien declare la información o proporcione los documentos que acrediten el interés asegurable que mantiene sobre la vida del Asegurado.
3. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro. La presente causal será aplicable en caso EL CONTRATANTE sea quien declare.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2 o 3 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses, quien se encargará de devolver al asegurado. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente del CONTRATANTE, se aplicará lo dispuesto en el numeral 17.2 de las presentes Condiciones.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Art. 24° - 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, el Asegurado o el 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. (...)

Art. 27° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Si el presente seguro no es contratado directamente a la Compañía Aseguradora o con la intervención de un corredor de seguros, el Asegurado podrá resolver el mismo sin expresión de causa ni penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, con la correspondiente devolución total de la prima que hubiere sido pagada. Para tal fin, el Asegurado podrá ejercer el presente derecho, remitiendo una comunicación empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del presente contrato, indicando su intención de resolver la Solicitud-Certificado.

