



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 22 ABR. 2015

Resolución S.B.S

N° 2252 - 2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por SEGUROS SURA (en adelante, SURA) mediante cartas de fecha 17 de diciembre de 2015 y 09 de abril de 2015, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Accidentes Personales para Entidades Financieras";

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, de conformidad con el artículo 9° del Reglamento de Transparencia, la aprobación de condiciones mínimas en los productos personales, obligatorios y masivos será considerada como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas;

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 que esta Superintendencia supervisa;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Transparencia y otras disposiciones que emita esta Superintendencia, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de la 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;

En consecuencia, 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 Contratos de Seguro y el Reglamento de Transparencia;

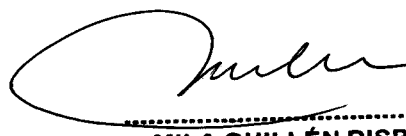
RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Accidentes Personales para Entidades Financieras", presentadas por SURA; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de accidentes personales. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° AE2056120077.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, SURA deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Accidentes Personales para Entidades Financieras", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

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. 6°.- 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 dispone para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura del seguro.

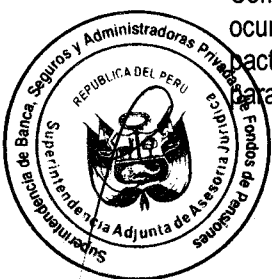
En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida, el contrato quedará resuelto vencido el plazo de treinta (30) días contado a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación escrita de la Compañía Aseguradora informándole la decisión de resolver el contrato. En este último supuesto, 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.

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 quedará extinguido.

Art. 7°.- AVISO DE SINIESTRO, SOLICITUD DE COBERTURA Y AVISO EXTEMPORÁNEO DE SINIESTRO

Una vez ocurrida la muerte del Asegurado, 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 de 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 Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de culpa





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 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, el Beneficiario deberá presentar a 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 documentos requeridos, según cada cobertura, indicados en el Art. 8° del presente Condicionado General y en el Condicionado Particular.

Se deja a salvo el derecho 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 caducidad establecido por La Ley del Contrato de Seguro.

Art. 8°.- DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

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

- Una declaración escrita 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.
- Un certificado 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.
- 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.
- Dosaje Etílico y/o Estudio Químico Toxicológico en caso de corresponder.
- Atestado o Parte policial completo en caso corresponda.

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 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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro (pudiendo solicitar declaraciones de testigos) dentro de los primeros 20 días del plazo de 30 días con el que cuenta 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 vigente. Todo documento deberá ser presentado en original. De requerir copia simple o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), será indicado por la Compañía Aseguradora. Sin perjuicio de que es obligación del Beneficiario presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, el Contratante y/o el Beneficiario 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 pierde derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente o emplea medios falsos para probar el siniestro.

Art. 16°.- 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 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. Por decisión unilateral y sin expresión de causa por la Compañía Aseguradora debiendo dar un preaviso por escrito con una anticipación no menor de 30 días calendarios.
- 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 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 f) 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.

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

- (i) Para el supuesto establecido en el literal d) (sólo si la resolución unilateral se da por parte del Contratante), 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), d) (sólo si la resolución unilateral se da por parte de la Compañía Aseguradora), e) y f) 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. 17°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

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.

(...)

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.

Art. 23°. - 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. 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 o el Beneficiario tiene el derecho de acudir ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

Art. 26°. - DERECHO DE ARREPENTIMIENTO





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

