



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 31 de julio de 2015

OFICIO N° 28473-2015-SBS

Señor
Gerente General
INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Av. Felipe Pardo y Aliaga N° 634
San Isidro

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 4385-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

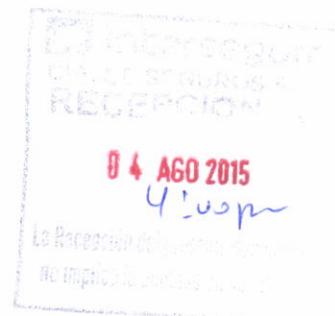
Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-3245





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 31 JUL. 2015

Resolución S.B.S

N° 4385 - 2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fecha 15 de enero de 2014 y 14 de julio 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 Temporal en Grupo VEA Vida - Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° VI2027200104 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 de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General,





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, la modificación al modelo de póliza del producto denominado "Seguro Temporal en Grupo VEA Vida - Soles y Dólares" obedece a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, que señala que los modelos de pólizas previamente incorporadas en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas de esta Superintendencia deben ser modificados de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en el nuevo marco normativo;

Que, en virtud a lo informado por la Compañía mediante comunicación de fecha 14 de julio de 2015, no resulta aplicable el derecho de reducción a que se refieren los artículos 70 y 71 de la Ley de Seguros;

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

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General; la Ley de Seguros, el Reglamento de Transparencia y el Reglamento de Registro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas correspondientes al modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro Temporal en Grupo VEA Vida - Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° VI2027200104 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 Temporal en Grupo VEA Vida - Soles y Dólares", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos sesenta (60) días calendario de notificada la presente Resolución.

Asimismo, en observancia de lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, en las pólizas que emita utilizando el mencionado modelo de póliza de seguro 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 al producto "Seguro Temporal en Grupo VEA Vida - Soles y Dólares", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de sesenta (60) días calendario indicado en el artículo anterior, conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia.



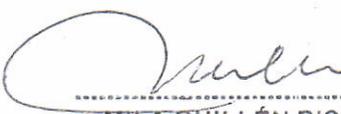


SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO N° 5: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Asegurado recibe la Solicitud - Certificado de Seguro, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, comunicando su decisión a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, se procederá a devolver la prima recibida, no sujeta a penalidad alguna.

ARTICULO N° 6: CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato La Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de cuarenta y cinco (45) días puedan analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

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

ARTÍCULO N° 7: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIA DE SU INCUMPLIMIENTO

Por tratarse de un seguro grupal el pago de la prima estará a cargo del Contratante, quien recargará dicho pago en el Asegurado. Dicho pago deberá realizarse en el plazo señalado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro, hasta el término del período.

Las primas y su forma de pago se establecen en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado.

Todas las primas correspondientes a la póliza deberán ser pagadas por adelantado en las fechas estipuladas, a través de las instituciones bancarias y financieras autorizadas para el cobro, conforme a la modalidad de pago elegida por el Contratante y consignada en las referidas Condiciones Particulares.

El incumplimiento del pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, La Compañía deberá comunicar de manera cierta al Contratante y Asegurado, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo con el que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida.

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato.

Se considerará resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días, contados a partir del día en que el contratante recibió una comunicación escrita de La Compañía informándole sobre esta decisión.

No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas devengadas por el período efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza y/o intereses generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente sustentados por La Compañía.

Para efectos de esta Póliza, los pagos efectuados por el Asegurado al Comercializador tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

ARTÍCULO Nº 10: NULIDAD DEL CONTRATO

La presente póliza será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (i) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Contratante.

La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

La Solicitud-certificado será nula por causal existente al momento de su celebración, es decir sin valor legal alguno en los siguientes casos:

- (ii) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Asegurado.

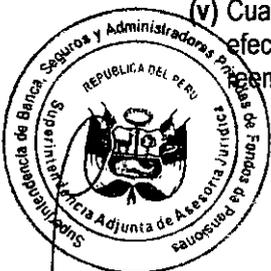
La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

- (iii) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada.

(...)

- (iv) Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.

- (v) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. La Compañía tiene derecho al reembolso de los gastos, los mismos que serán debidamente sustentados.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Cabe precisar que la relación contractual respecto a cada Asegurado, será indisputable para la Compañía si transcurren los dos (2) años desde su celebración, excepto cuando la reticencia o falsa declaración sea dolosa.

Para todos los supuestos de nulidad, el Contratante, Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza. Asimismo, en los supuestos contemplados en los literales (i) y (ii), por concepto de penalidad, el Contratante o Asegurado perderá todo derecho sobre las primas entregadas a La Compañía durante el primer (1) año de vigencia de la Póliza. A partir del segundo año, La Compañía devolverá al Asegurado las primas pagadas.

Si el Asegurado y/o Beneficiarios designados ya hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a La Compañía el capital percibido, más intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar. Los gastos serán debidamente sustentados.

ARTÍCULO N° 11: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza quedará resuelta, respecto al Contratante perdiendo todo derecho emanado de la póliza, cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

- a. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante, según el procedimiento establecido en el artículo siguiente.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante o que no se pronuncie sobre el mismo en el plazo de diez (10) días, cuando incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. La Compañía puede resolver la póliza mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde el vencimiento del plazo para el pronunciamiento del Contratante.
- d. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales¹:

- e. Por solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el artículo siguiente.
- f. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.

¹ ARTÍCULO N° 21: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado o sus Beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta o correo electrónico, dirigida al domicilio de La Compañía o al último domicilio electrónico o físico del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza y en la Solicitud-Certificado de Seguro respectivo.

Todo cambio de domicilio deberá ser comunicado previamente y por escrito a la otra parte para que surta efectos.

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Comercializador, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a La Compañía.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- g. Si reclaman fraudulentamente o se apoyan en documentos o declaraciones falsas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 17.
- h. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado o que no se pronuncie sobre el mismo en el plazo de diez (10) días, cuando incurren en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Ante la falta de aceptación, La Compañía puede resolver la Solicitud-Certificado mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde el vencimiento del plazo para el pronunciamiento del Asegurado.
- i. El Asegurado tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas. En este supuesto la cobertura cesa desde la recepción de dicho documento y la prima no devengada será devuelta.
- j. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver la Solicitud-Certificado. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

En caso el Contratante o Asegurado optase por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, La Compañía tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no devengado. La devolución de la prima se realizará en forma directa por La Compañía, en el caso del Contratante, o a través del Contratante, en el caso del Asegurado.

En los demás casos mencionados, tanto respecto de la póliza como de la Solicitud-Certificado, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada deduciendo los gastos administrativos correspondientes, los mismos que serán debidamente sustentados. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del Contratante.

Para los casos antes mencionados, La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada, teniendo como plazo para la devolución diez (10) días hábiles posteriores a la resolución.

ARTÍCULO N° 15: AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

A la ocurrencia de un siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso del siniestro y posteriormente solicitar la cobertura del mismo. El aviso del siniestro deberá efectuarse por escrito en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. Cabe precisar que el incumplimiento de este plazo no afectará los derechos indemnizatorios del beneficiario.

Posteriormente, a fin de solicitar la cobertura, el Asegurado y/o Beneficiario deberá presentar la siguiente documentación:

Fallecimiento Natural o Accidental: El (los) beneficiario(s) o la persona que está actuando en su representación deben acercarse al Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o del Comercializador con los siguientes documentos:

- a. Carta simple dirigida a la Compañía solicitando el pago de la suma asegurada.
- b. Copia simple del DNI de (los) Beneficiario (s) o Partida de nacimiento, según sea el caso.
- c. Original o copia legalizada de la denuncia policial, según sea el caso.
- d. Original o copia legalizada del Certificado médico de defunción.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- e. Original o copia legalizada del Acta o Partida de Defunción del Asegurado;
- f. Original o copia legalizada del Atestado policial completo, en caso corresponda.
- g. Original o copia legalizada del Certificado y/o Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda.
- h. Original o copia legalizada del Resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- i. Original o copia legalizada del Resultado del examen Toxicológico en caso corresponda.

Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente del Asegurado: El Asegurado podrá exigir el pago de las Sumas Aseguradas presentando al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o al Comercializador los documentos que se indican a continuación:

- a. Carta simple dirigida a la Compañía solicitando el pago de la Suma Asegurada.
- b. Copia simple del DNI del Asegurado.
- c. Original o copia legalizada del Resultado del examen de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- d. Original o copia legalizada del Resultado del examen Toxicológico, en caso corresponda.
- e. Original o copia legalizada del dictamen de invalidez del COMAFP o COMEC, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 18 "Determinación de la Invalidez"².

En caso de Invalidez Permanente Parcial o Total por Accidente, la Compañía tendrá derecho a examinar al Asegurado por los médicos que se designen para el efecto, pudiendo adoptar todas las medidas conducentes a la mejor y más completa investigación para determinar la certeza, naturaleza y gravedad de las lesiones originadas en el accidente y verificar el grado de invalidez respectivo, conforme al procedimiento señalado en el Artículo N° 18 del presente condicionado. Es imprescindible la presentación de todos los documentos requeridos por La Compañía para la solicitud de cobertura.

Si el Asegurado falleciera a consecuencia directa e inmediata de un accidente, durante o después del periodo de pago por Invalidez Permanente ocasionado por el mismo accidente, la Compañía pagará la suma asegurada respectiva al Beneficiario por concepto de cobertura de Fallecimiento por Accidente previa deducción de lo pagado por Invalidez Permanente a la fecha de ocurrencia del deceso del Asegurado.

En todas las coberturas, de requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la

² ARTÍCULO N° 18: DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

En caso de no presentar el Dictamen de Invalidez del COMAFP o COMEC La Compañía examinará al Asegurado con la finalidad de determinar la certeza, naturaleza y gravedad de la invalidez. En este sentido, luego de presentada la documentación para la solicitud de la cobertura por invalidez, La Compañía requerirá el examen médico al Asegurado dentro de los cinco (5) días siguientes.

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, de realizado el examen médico, si se ha producido la Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente de un Asegurado.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen de La Compañía podrá apelar el mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de La Compañía. En este caso, el grado de la Invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por La Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un (1) año como miembros titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico Central de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMEC). La Compañía tendrá veinte (20) días para realizar la evaluación.

La junta médica evaluará el grado de invalidez del Asegurado, prorunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Póliza y a las normas que regulan la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones conforme a lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones aprobado mediante Decreto Supremo No. 054-97-EF y su Reglamento, así como las normas complementarias, modificatorias.

Por los efectos de esta cobertura, las comunicaciones entre La Compañía y el Asegurado, y viceversa, se harán mediante comunicación escrita al domicilio consignado por ambas partes en la Solicitud - Certificado.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

documentación e información presentada por el Asegurado o Beneficiario, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

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

En la presente póliza, entiéndase que la "copia legalizada" hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 11C del Decreto Legislativo N° 1049.

ARTICULO 16: DETERMINACION DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará consentido en los siguientes casos:

1. Para el consentimiento expreso, una vez que el Contratante, Asegurado o Beneficiarios hayan presentado todos los documentos requeridos en la presente póliza, siempre y cuando de dichos documentos se desprenda que el siniestro se encuentra bajo la cobertura del presente seguro y no se encuentra en las exclusiones del mismo; y que el seguro esté vigente. En este supuesto, La Compañía emitirá un pronunciamiento respecto a la documentación presentada.
2. Para el consentimiento tácito, si transcurridos más de treinta (30) días calendario de presentados todos los documentos exigidos para el pago del siniestro en la presente póliza La Compañía no se manifestara sobre la procedencia o no de la solicitud de cobertura.

En cualquiera de los casos descritos, si La Compañía requiere de un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, antes del vencimiento del plazo para consentir el siniestro, La Compañía podrá solicitar al Asegurado la extensión del plazo antes señalado; en caso contrario, se sujetará al procedimiento N° 91 establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia debe comunicarse al Asegurado dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia deberá comunicarse al Asegurado en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que el solicitante haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Luego de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el capital será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la Solicitud-Certificado de Seguro.

Tratándose de Invalidez Parcial y Permanente la indemnización será una fracción del capital asegurado equivalente al porcentaje de Invalidez Parcial, y de acuerdo al Plan y moneda contratada por el Asegurado.

El pago del Capital al Contado se realizará en un plazo no mayor a treinta (30) días de consentido el siniestro. La obligación de pagar la pensión mensual será cumplida por la Compañía en vales, mediante tarjetas de consumo de los establecimientos comerciales o en efectivo, de acuerdo a lo señalado en la





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Solicitud-Certificado del Seguro con la periodicidad y monto de Indemnización Inicial indicado en el mismo.

Queda expresamente establecido y pactado entre las partes, y así reconocido y declarado por el Contratante y conocido por el Asegurado, que la obligación de pago de la pensión a que diera lugar la aplicación de la presente Póliza, en caso que ocurra un siniestro cubierto, será efectuada de acuerdo a lo establecido en la Solicitud- Certificado del Seguro, quedando de esa forma satisfecha la obligación de cargo de la Compañía. La presente estipulación sólo está sujeta a la excepción prevista por el siguiente párrafo del presente Artículo.

Cuando el pago de la cobertura se realice en vales de consumo, y al momento del pago de la pensión, el o los establecimientos autorizados para hacer efectivos los vales de consumo no existiesen, o si por cualquier causa los vales de consumo no fueran honrados y cumplidos por el respectivo establecimiento autorizado que los emitió, la Compañía procederá a emitir cheques mensuales a nombre del beneficiario, en vez de vales de consumo. Los cheques se harán por la cantidad y moneda pactados en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la Solicitud-Certificado respectivo, y serán emitidos el mes siguiente de efectuado el pago del Capital al Contado.

En todo caso, del Capital al Contado será deducida la deuda por primas con respecto al seguro en materia que con La Compañía tuviese el Asegurado.

Si la edad fuese menor que la declarada, se devolverá el exceso de Prima recibida, sin intereses.

ARTÍCULO Nº 24: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

1. Mecanismo de solución de controversias

1.1 **Vía Judicial:** Toda controversia, disputa, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre el Asegurado, Contratante o Beneficiario y La Compañía, referido a la validez del contrato de seguro del que da cuenta esta póliza, o que surja como consecuencia de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma.

(...)



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

TRANSCRIPCIÓN

Fecha 31 JUL. 2015

Señor: INTERSEGURO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Cumplo con remitirle para su conocimiento y fines
consiguientes la presente fotocopia de la Resolución
N° 4385-2015 de fecha 31 JUL. 2015.

Esta copia es Transcripción oficial
Atentamente



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



MARCO OJEDA PACHECO
SECRETARIO GENERAL