



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 17 ENE. 2017

Resolución S.B.S

N° 205-2017

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Seguros Sura S.A. (en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fechas 15 de enero de 2015 y 05 de enero de 2017, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro de Vida Bienestar Familiar - Soles", registrado con Código SBS N° VI2058000074 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:

- 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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 de Vida Bienestar Familiar - Soles" obedece a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, que señala que los modelos de pólizas previamente incorporadas en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas de esta Superintendencia deben ser modificados de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en el nuevo marco normativo;

Que, en virtud de lo informado por la Compañía mediante comunicación de 05 de enero de 2017, no será aplicable el derecho de arrepentimiento a que se refiere el artículo 41 de la Ley de Seguros, considerando que el producto ya no es comercializado;

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 de Vida Bienestar Familiar - Soles", registrado con Código SBS N° VI2058000074 contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de vida individual de corto plazo.

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

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

Artículo Tercero.- La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Seguro de Vida Bienestar Familiar - Soles", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de sesenta (60) días calendario





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

indicado en el artículo anterior, conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia.

Artículo Cuarto.- La Compañía deberá informar a los contratantes de los seguros suscritos o renovados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de Seguros sobre los aspectos modificados por adecuación al nuevo marco normativo, a través de los mecanismos establecidos en el artículo 24° de dicho Reglamento de Transparencia. Para tal efecto, se le otorga un plazo de sesenta (60) días calendario de notificada la presente Resolución, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria y el artículo 18 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Regístrese y comuníquese



MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**ANEXO 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

ART. 12° RESOLUCION DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días contados a partir del vencimiento de la prima o cuota correspondiente. Durante este plazo, la cobertura permanecerá vigente. Si la prima se encontrase impaga, habiendo vencido el plazo de gracia mencionado, el contrato de seguro - considerando que la vigencia del mismo es de treinta (30) días conforme a lo establecido en el Artículo 13° del presente contrato-, no se renovará automáticamente en el siguiente período mensual. Dentro del período de gracia de 30 días posteriores al vencimiento del plazo para el pago de la prima, la Compañía Aseguradora informará al Contratante, a través de los medios pactados en la presente póliza, que al vencimiento del período de gracia sin que la prima hubiese sido pagada, el Contrato de seguro se extinguirá y por lo tanto no se renovará para el siguiente período mensual.

**ART. 14° DECLARACIÓN DEL ASEGURADO Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.
OPONIBILIDAD DE LAS DISPOSICIONES DE LA PÓLIZA AL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS**

La veracidad de las declaraciones hechas por el Contratante, en la solicitud del seguro, constituyen elementos integrantes y esenciales en este contrato de seguro.

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 Contratante¹. 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, para lo cual dentro de los 15 días útiles posteriores a la fecha en que se informó sobre la nulidad al Contratante, se le informará 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, de ser el caso.

Asimismo, el contrato de seguro será nulo y El Asegurado y/o el Beneficiario perderán todo derecho a indemnización bajo el mismo: (i) si al tiempo de su celebración se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad que se produzca; y, (ii) cuando no existe interés asegurable al tiempo de perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En estos casos las primas pagadas serán devueltas por la Compañía Aseguradora, en la misma forma descrita en el párrafo anterior.

¹ Se aprueba la presente condición considerando que de acuerdo al artículo 9 de la Ley del Contrato de Seguro, la Compañía dispone del plazo de 30 días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta computados desde que la Compañía conoce la reticencia o declaración inexacta.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

ART. 15° AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACION DE DOCUMENTOS

Una vez producido el siniestro, El Contratante, El Asegurado y/o el /los Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del Siniestro, éste debe ser comunicado dentro de los siete (7) días contados a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio.

El dolo en que incurra el Contratante o Asegurado o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de culpa inexcusable, el Contratante o Asegurado o Beneficiario no pierden el derecho de ser indemnizados si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro o si se demuestra que la Compañía Aseguradora ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio. En caso de culpa leve por parte del Asegurado o Beneficiario y siempre que se haya generado un perjuicio a la Compañía Aseguradora, esta tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

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

a) En caso de fallecimiento del Asegurado:

- Certificado Médico de Defunción (formato completo)
- Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado.
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado los beneficiarios en la póliza.

En caso el fallecimiento del Asegurado sea causado por un accidente, deberá presentar adicionalmente, en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa, de corresponder (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
- Dosaje etílico, en caso corresponda.

b) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

- Declaración escrita de fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Certificado del médico que prestó los primeros auxilios.
- Dictamen de Invalidez Total Permanente emitida por Essalud (Seguro Social de Salud) o MINSA (Ministerio de Salud) o la COMAFP (Comité Médico de las AFP); en caso de apelación, el dictamen médico será emitido por el Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).
- Atestado y/o Denuncia Policial Completa o Acta de intervención policial, en caso corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Dosaje Etílico y/o estudio Químico Toxicológico
- Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el Asegurado fue diagnosticado y tratado de la causa básica de su invalidez.

El Asegurado, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas en el accidente. El costo será de cargo de la Compañía Aseguradora la cual determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, plazo que se computará desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza, si se ha producido la invalidez de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

c) Para la cobertura de Deuda con el Empleador, adicionalmente a lo requerido para la cobertura de fallecimiento o de Invalidez Total y Permanente por Accidente, según corresponda, se deberá presentar copia del contrato suscrito por el empleador y el Asegurado que sustente el préstamo respectivo, así como copias de las boletas o planillas de pago que demuestre el saldo insoluto a la fecha del siniestro. Los documentos deberán contar con certificación de reproducción notarial.

d) Para la cobertura de Desempleo por Invalidez Total y Permanente o Enfermedad Grave, adicionalmente a lo requerido para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o de enfermedades graves, según corresponda, el Asegurado deberá presentar certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la constancia que acredite el desempleo por invalidez total y permanente o Enfermedad Grave emitida por el empleador y su liquidación de beneficios sociales. La Compañía Aseguradora evaluará la enfermedad grave o el grado de invalidez considerando la documentación requerida. Asimismo, de ser necesario, el Asegurado deberá someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora considere a efectos de evaluar la enfermedad grave o el grado de invalidez.

e) Para la cobertura de Enfermedades Graves, el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos que ellos posean, entendiéndose como estos la Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el asegurado fue diagnosticado y tratado, Informe del médico tratante y Estudio histopatológico y Anátomo patológico, en caso correspondan. En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarla dentro de los veinte (20) primeros días, plazo que se computará desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. Dentro de dicho plazo el Asegurado dará las facilidades y deberá someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad del diagnóstico y tipo de enfermedad y determinar la fecha en que dicho diagnóstico se haya producido (fecha del suceso que otorga la cobertura). El costo de estos exámenes y pruebas serán de cargo de la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de 30 días, plazo que se computará desde la





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

recepción de los documentos e información indicados en la póliza, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas en la presente póliza.

f) Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar, se presentarán los mismos documentos requeridos en el literal a) del presente artículo, que está referido a la cobertura por fallecimiento, respecto al Asegurado y su cónyuge.

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

Una vez consentido o aprobado el Siniestro, la Compañía Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) días para proceder a efectuar el pago correspondiente caso contrario la Compañía Aseguradora deberá pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú de acuerdo a la moneda pactada en el presente contrato por todo el tiempo de la mora.

El asegurado pierde derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

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 reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.

b) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.

c) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante, para lo cual el Contratante debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución numerada denominada "Declaración Jurada del Contratante" en original 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

d) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado anteriormente.

e) Por no contar con la cantidad mínima de asegurados en un mismo empleador conforme al artículo 17° del presente documento².

f) Por falta de pago de la prima conforme al artículo 12° de presente documento.

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

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

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

Para efectos del presente artículo, las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía.

² ART. 17° RESOLUCIÓN DEL CONTRATO POR CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS EN UN MISMO EMPLEADOR

La Compañía Aseguradora tiene la potestad de poner término a esta póliza en caso el número de Asegurados pertenecientes a un mismo Empleador sea menor a diez (10) asegurados. En este caso, la Compañía Aseguradora deberá comunicarlo por escrito con una anticipación de treinta (30) días calendario, mediante aviso dirigido al último domicilio del Empleador y del Contratante de la póliza. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia de la póliza.

No obstante, lo arriba indicado, el Contratante podrá acogerse al procedimiento para solicitar la continuidad del seguro en forma similar a lo descrito en el Artículo 18 de la presente póliza.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

- (i) Para el supuesto establecido en el literal c), el Contratante deberá presentar una solicitud de 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 en cuenta del Contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.
- (ii) Para los supuestos establecidos en los literales a), b), d), e), f), g) y h) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución del Contrato informará al Contratante 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.

ART. 20° SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

Art. 26° MODIFICACION DE PRIMAS O DEL CONTRATO

Sin perjuicio del derecho que tiene la aseguradora de efectuar cambios en la renovación mensual de la póliza (ver artículo 13° de este condicionado), 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 contrato durante el periodo de vigencia, teniendo la aseguradora que respetar los términos pactados inicialmente.

