



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 30 ENE. 2017

Resolución S.B.S

N° 400-2017

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 17 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 con Devolución de Prima - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2057220053 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 del producto denominado "Seguro de Vida con Devolución de Prima - 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 de lo informado por la Compañía mediante comunicación de fecha 17 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 con Devolución de Prima - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2057220053 contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de vida grupo particular.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación por adecuación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Seguro de Vida con Devolución de Prima - 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 a "Seguro de Vida con Devolución de





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Prima - 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.

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 RÍOS
SUPERINTENDENTE ADJUNTO
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**ANEXO I
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAS**

ART.4. COBERTURA Y MODIFICACIONES CONTRACTUALES

(...)

Durante la vigencia del contrato La Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta 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 genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. La Compañía Aseguradora pondrá a disposición del Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los asegurados.

(...)

ART.9. PAGO DE PRIMA

(...)

Si durante el periodo de vigencia de la Póliza o solicitud-certificado, según corresponda, la prima se encontrase impaga, la cobertura se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días calendario desde la fecha de vencimiento de la obligación y siempre que la Compañía Aseguradora haya enviado una comunicación cierta, a través de los medios y en la dirección previamente acordada, al Contratante y el 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.

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida, la póliza o solicitud-certificado, según corresponda, quedará resuelta vencido el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante y el Asegurado recibe una comunicación escrita de la Compañía Aseguradora informándole la decisión de resolver la póliza o solicitud-certificado, 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.

La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos dentro del período en que la cobertura se encuentre suspendida o la póliza o solicitud-certificado, según corresponda, se encuentre 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 – en caso se hubiese pactado –, dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en la Póliza, se entiende que la póliza o solicitud-certificado, según corresponda, quedará extinguida. El contratante comunicará al asegurado la extinción de la póliza o solicitud-certificado, según corresponda.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Art. 10. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO: RESOLUCIÓN Y NULIDAD

10.1. La resolución deja sin efecto la solicitud-certificado de seguro 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-seguro 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 Asegurado y el Contratante reciban 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.
- 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 y 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 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. Si hubiesen transcurrido dos (2) años desde la suscripción de la solicitud-certificado, la Compañía Aseguradora no puede invocar la reticencia o falsa declaración, excepto cuando es dolosa.
- 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.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

En el supuesto señalado en el literal a) la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al periodo efectivamente cubierto. Asimismo, la resolución surtirá efectos una vez que haya transcurrido el plazo de treinta (30) días indicado.

En el supuesto señalado el supuesto d) surtirá efectos una vez que haya transcurrido el plazo de treinta (30) días indicado.

La resolución de la Solicitud-Certificado en los supuestos señalados en b), c), e) y f), operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante y Asegurado, en caso la fecha de notificación sea distinta, 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 b) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

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

En el supuesto señalado en el literal e) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo que el contrato tuvo vigencia.

En el supuesto señalado en el literal f), en el caso que la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. 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 periodo de seguro en curso.

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

- (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 mediante 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.
- (ii) Para los supuestos establecidos en los literales 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, mediante 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.

10.2. La nulidad deja sin efecto la solicitud-certificado por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La solicitud-certificado será nula y el 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 Asegurado¹. 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. 11. CAUSALES DE RESOLUCIÓN y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

11.1 CAUSALES DE RESOLUCIÓN:

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.

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

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 pago de la prima por parte del Contratante respecto del grupo asegurado.

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 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 período mensual en curso 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 a 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 los supuestos establecidos en los literales b), c) y d) 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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

11.2 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 comprobase que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de Ingreso a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Tercera de las presentes Condiciones Generales. La presente causal será aplicable en caso sea EL CONTRATANTE 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.
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.

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 de edad por parte del Contratante, se aplicará lo dispuesto en el numeral 10.2 de las presentes Condiciones.

ART.13. AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Una vez producido el Siniestro, el Contratante, 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 Asegurado o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía. En caso de Culpa Inexcusable, el 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, 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, deberán presentar en las oficinas de la Compañía Aseguradora los antecedentes relativos al Siniestro, dentro de los noventa (90) Días contados desde el aviso del Siniestro.

Se deja a salvo el derecho del Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda, de que luego de realizar la solicitud de Cobertura a la Compañía, decida acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

hubiere pactado esta última -, para reclamar la indemnización aún luego de transcurridos los plazos señalados anteriormente, considerando para ello el plazo de caducidad establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

El (los) Beneficiario(s) deberán presentar la solicitud de cobertura a la Compañía Aseguradora, incluyendo la siguiente documentación e información completa (legible o en buen estado) en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

a) En caso de Muerte:

- Copia simple del documento de identidad del Asegurado, en caso se cuente con este documento.
- Certificado Médico de Defunción (formato completo).
- Partida o Acta de Defunción.
- Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos relativos al fallecimiento del Asegurado.
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado Beneficiarios en la Póliza.
- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa, en caso corresponda (copia legalizada notarial o certificada por autoridad competente).
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
- Dosaje etílico, en caso corresponda.

b) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

- 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).
- Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el Asegurado fue diagnosticado y tratado de la causa básica de su invalidez.
- Atestado y/o Denuncia Policial Completa o Acta de intervención policial, en caso corresponda (copia legalizada notarial o certificada por autoridad competente); sólo en caso accidente.
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda, para accidente.
- Dosaje etílico, en caso corresponda, para accidente.

Sin perjuicio de que es obligación de El Asegurado y/o de el/los beneficiario (s) presentar la documentación e información prevista en la presente Cláusula, por el presente documento el Asegurado y los beneficiarios 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.

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 aprobarlo. En caso la Compañía Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada deberá de solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado. La Compañía Aseguradora podrá solicitar un plazo adicional para realizar





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, el cual no podrá exceder los treinta (30) días calendario.

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

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

(...)

ART.14. FORMA DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN DE SINIESTROS

Una vez presentada la documentación sustentatoria detallada para cada cobertura precisada en el Artículo 13° del presente Contrato y luego de la evaluación de la misma, la Compañía Aseguradora, procederá a indemnizar el siniestro a los 30 días de aceptado o consentido. La Compañía Aseguradora girará los cheques a favor del Asegurado o del (los) Beneficiario(s).

(...)

ART. 19. 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. (...)

