SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 21 SET. 2016

Resolución S.B.S
N° 5051-2016

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Seguros Sura (en adelante, SURA) mediante cartas recibidas con fechas 05 de mayo de 2016 y 09 de setiembre de 2016, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, 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 a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Sura Vida Plan Dotal";

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 del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.

b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.

c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.

d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.

e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.

f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.

g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.

h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.

j. Otras que determine la Superintendencia.

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

Que, la presente resolución se enmarca en la normativa legal aplicable a las empresas del sistema de seguros, incluyendo la Ley General, la Ley de Seguros y el Reglamento de Transparencia; así como aquellas disposiciones contenidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado por Ley N° 29571, que resulten de aplicación a las empresas que esta Superintendencia supervisa;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de 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 la Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del

artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, de acuerdo a lo informado por SURA mediante comunicación de fecha 09 de setiembre de 2016, no aplica al presente producto el derecho de arrepentimiento por cuanto será comercializado utilizando la fuerza de ventas propia de SURA, por lo que no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el literal h) del artículo 10° del Reglamento de Transparencia. Asimismo, señala la Compañía que para este producto sólo se ha contemplado que el pago de la prima sea al contado, sin haberse previsto su diferimiento y/o fraccionamiento, por lo que no aplica la suspensión, resolución y extinción del contrato ante el incumplimiento del pago de la prima, no correspondiendo la aprobación de la condición mínima contemplada en el literal g) del artículo 10° del mencionado Reglamento;

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 y el Reglamento de Transparencia;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Sura Vida Plan Dotal", presentadas por SURA; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de vida individual de largo plazo. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° VI2057100083.

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

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA

ANEXO Nº 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

DÉCIMO CUARTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Consentimiento del Tercero".
2. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la Póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate".
3. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la Póliza titulada "Solicitud de Cobertura Fraudulenta".

Como consecuencia de la resolución, la presente Póliza dejará de surtir efectos, perdiendo el Asegurado la cobertura del seguro y liberándose a la Compañía Aseguradora de toda obligación frente al Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios.

En caso de resolución de la Póliza por las causales antes indicadas, la Compañía Aseguradora devolverá el Valor de Rescate vigente. La devolución antes referida se producirá dentro de los treinta (30) Días siguientes a la fecha del conocimiento por parte de la Compañía Aseguradora de la causal de resolución de la Póliza.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la Póliza será nula y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia si: (i) si al momento de la contratación o afiliación del Asegurado a la Póliza no existía un interés asegurable actual o contingente; o (ii) si al tiempo de la contratación de la Póliza se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

En caso de nulidad de la Póliza en el caso de los numerales del (i) y (ii) la Compañía Aseguradora devolverá las primas pagadas. La devolución antes referida se producirá dentro de los treinta (30) Días siguientes a la fecha del conocimiento por parte de la Compañía Aseguradora de la causal de nulidad de la Póliza.

DÉCIMO SÉXTA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Una vez producido el Siniestro, a efectos de acceder a los Pagos al Fallecimiento del Asegurado previstos en la presente póliza, el Contratante y/o el (los) Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del mismo, la cual deberá ser comunicada dentro de los siete (7) Días siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro (o del beneficio, según corresponda). El Dolo en que incurra el Contratante 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 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 Beneficiario y siempre que se haya generado un perjuicio a la Compañía Aseguradora, ésta 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 a la Compañía Aseguradora los antecedentes relativos al Siniestro, dentro de los noventa (90) Días calendario contados desde el aviso del Siniestro.

Se deja a salvo el derecho de los Beneficiarios de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decida acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se hubiere pactado esta última - para reclamar la indemnización aún luego de transcurridos los plazos señalados anteriormente, considerando para ello el plazo de caducidad establecido por el Código Civil peruano.

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):

1. Documentación en caso de Muerte Natural:

   (a) Partida o Acta de Defunción del Asegurado
   (b) Certificado Médico de Defunción
   (c) Documento de identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con el mismo)
   (d) Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos relativos al fallecimiento del Asegurado.

2. Documentación en caso de Muerte Accidental:

   (a) Partida o Acta de Defunción del Asegurado
   (b) Certificado Médico de Defunción
   (c) Documento de identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con el mismo)
   (d) Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos, relativos al fallecimiento del Asegurado.

   (e) Protocolo de necropsia completo (en caso corresponda)
   (f) Atestado o Informe policial completo; o, Carpeta Fiscal completa.

Documentación con relación al (los) Beneficiario (s) o herederos):

   (a) Documento(s) de identidad (DNI)
   (b) Testamento por escritura pública o Sucesión Intestada Definitiva (Judicial o Notarial) inscritos en Registros públicos, en caso de no existir Beneficiarios declarados en la Póliza.
   (c) Testamento por escritura pública o Sucesión Intestada Definitiva (Judicial o Notarial) inscritos en Registros públicos, en caso de haber fallecido todos los Beneficiarios declarados en la Póliza.

Sin perjuicio de que es obligación del Contratante y/o Beneficiarios presentar la documentación e información prevista en el presente numeral, por el presente documento el contratante 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 señalada en el presente artículo, 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 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 Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Una vez consentido el Siniestro, la Compañía Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) Días para proceder a brindar la cobertura a favor de los Beneficiarios 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.

VIGÉSIMO: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la Póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía Aseguradora.

Durante la vigencia de la Póliza, la Compañía Aseguradora 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.

VIGÉSIMO SÉPTIMA: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS – ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

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, siempre que sea acorde con lo señalado en el artículo 46° de la Ley del Contrato de Seguros, 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 Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones
Superintendencia Adjunta de Asesoría Jurídica