



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 14 de julio de 2020

RESOLUCION SBS

N° 01815-2020

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante, La Compañía) con fecha 11 de febrero de 2020, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N°4143-2019 y sus modificatorias, en adelante, Reglamento de Conducta, y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Renta Hospitalaria";

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, Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la 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 Conducta 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 16.1 del Reglamento de Conducta, 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



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:

1. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por las empresas, durante la vigencia del contrato, así como del derecho de 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 Seguro.
2. En el caso de seguros de salud, la cobertura de las enfermedades preexistentes conforme a la Ley de Seguro y demás normas aplicables.
3. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en normas especiales aplicables a determinados seguros y en el artículo 74 de la Ley de Seguro.
4. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, considerando para tal efecto lo señalado en normas especiales aplicables a determinados seguros y en el artículo 74 de la Ley de Seguro.
5. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, considerando lo dispuesto en el inciso c) del artículo 40 y el artículo 46 de la Ley de Seguro sobre pacto arbitral, en caso corresponda.
6. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y sus consecuencias sobre las primas pagadas.
7. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
8. El derecho de arrepentimiento en el caso de los seguros ofertados o promocionados por comercializadores y cuando la oferta o promoción se realice a través del uso de sistemas a distancia.
9. La reducción de la indemnización por aviso extemporáneo a la empresa de seguros de la ocurrencia del siniestro.
10. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículos 78 y 80 de la Ley de Seguro.
11. Procedimiento para la renovación y modificación de la póliza, de corresponder.
12. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
13. Otros que determine la Superintendencia.

Que, de conformidad con el artículo 16.2 del Reglamento de Conducta, 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 Modelos de Pólizas de Seguro;

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 Conducta; 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;



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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, la Compañía indicó que no resultará aplicable la condición mínima referida a la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo de siniestro prevista en el numeral 9 del artículo 16.1 del Reglamento de Conducta;

Que, la Compañía ha indicado que el presente producto es uno de asistencia médica que, adicionalmente, tendrá la condición de masivo;

Estando a lo opinado por el Departamento de Asesoría y Supervisión Legal 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 Conducta;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado “Seguro de Renta Hospitalaria”, presentadas por La Compañía. 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 Modelos de Pólizas de Seguro, otorgándole el Código de Registro N° AE2026400230.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto “Seguro de Renta Hospitalaria”, conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso la Compañía decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los 60 días otorgados, la



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLEN RISPA

SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA

JURIDICA



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO N° 5: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la póliza de seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud. El plazo de los 15 días se computa desde la recepción de la póliza por parte del contratante.¹

Para el caso de los seguros colectivos, el Asegurado tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la solicitud certificado, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud.

Este derecho se ejerce solicitando la Resolución de la Póliza y se podrá emplear los mismos mecanismos, lugar y medios por los cuales se contrató, de acuerdo a lo señalado en las normas sobre protección al consumidor.

ARTÍCULO N° 6: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La Compañía renovará automáticamente esta Póliza, finalizada su vigencia por un periodo igual al inicialmente contratado, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovarla con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento.

En caso corresponda modificar el monto de la prima a la renovación, este nuevo monto deberá ser informado por escrito por la Compañía de Seguros al Contratante, detallando las modificaciones propuestas en caracteres destacados, con cuarenta y cinco (45) días de anticipación al vencimiento. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo. En caso de silencio del Contratante, se entenderá que aprueba la modificación. Asimismo, de darse por aceptadas las modificaciones por el silencio del Contratante, la Compañía de Seguros remitirá por escrito la Póliza señalando las modificaciones en caracteres destacados. Para el caso de los seguros colectivos, la Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los Asegurados.

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

¹ Se aprueba la presente condición considerando que la Compañía indicó que, al tratarse de un seguro masivo, no sería de aplicación una nota de cobertura provisional.



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

(...)

- 3. Suspensión de cobertura por incumplimiento de pago:** el incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, luego de treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Antes de esos treinta (30) días, la Compañía de Seguros deberá comunicar de manera cierta al Contratante y al Asegurado, la situación de incumplimiento de pago de la prima y la suspensión de la cobertura como consecuencia de dicho incumplimiento, a través de los medios previamente acordados. En el caso de los seguros grupales la comunicación será dirigida al asegurado sin perjuicio de la comunicación que corresponda al contratante, así como deberá ser remitida, antes de los 30 días para que se proceda con la suspensión de la cobertura, a través de los medios previamente acordados. Además, indicará el plazo que el Contratante tiene para pagar la prima antes de que se suspenda la cobertura. La Compañía de Seguros no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura esté suspendida. La suspensión de cobertura no es aplicable cuando el Contratante haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato.

(...)

- 5. Resolución por incumplimiento de pago:** cuando la cobertura del seguro esté suspendida por el incumplimiento del pago de la prima, la Compañía de Seguros podrá optar por resolver el contrato y/o solicitud certificado, los cuales se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante y/o asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía de Seguros informándole sobre esta decisión, por el mecanismo de comunicación acordado. En este caso, la Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto. La Compañía de Seguros quedará liberada de toda responsabilidad y obligación una vez resuelto el contrato.
- 6. Extinción del contrato de seguro por incumplimiento de pago:** el contrato de seguro queda extinguido cuando el Contratante y/o asegurado no realiza el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la obligación, La Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo cubierto.

ARTÍCULO N°10: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

Para todos los casos, el aviso del siniestro deberá ser comunicado a la Compañía de Seguros o al Comercializador dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia.

Los documentos necesarios para la solicitud de cobertura son:

1. Copia simple del Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados donde se verifique los datos del asegurado e indicación de fecha y hora de ingreso y alta.



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

2. Copia simple de la factura o boleta de pago según corresponda.

En adición, la Compañía de Seguros podrá solicitar, dentro del plazo de 20 días para pronunciarse sobre el siniestro, los siguientes documentos:

3. Copia fedateada de la Historia Clínica desde la fecha de hospitalización, en caso la compañía lo requiera.
4. Original o copia legalizada del Atestado Policial o Resolución Final de Fiscalía.
5. Resultado de Examen Toxicológico o Dosaje Etílico.

La documentación antes mencionada deberá ser presentada a la Compañía de Seguros o al Comercializador.

La Compañía de Seguros cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro una vez presentada la solicitud de cobertura. En caso la Compañía de Seguros requiera aclaraciones adicionales a la documentación presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días, desde la presentación de todos los documentos detallados en la Póliza. Esto suspenderá el plazo para evaluar el siniestro, hasta que se brinden las aclaraciones solicitadas.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el pago de la suma asegurada se realizará, a manera de indemnización, a favor de la sucesión intestada o testamento del asegurado por lo que los beneficiarios deberán de presentar la copia legalizada de la sucesión intestada o testamento, según corresponda, inscrita en los Registros Públicos.

Las coberturas del contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. Para las coberturas de muerte, el plazo de 10 años se computa desde que el beneficio es conocido por el Beneficiario.

ARTÍCULO N°11: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato la Compañía de Seguros podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de treinta (30) días pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa a su aplicación 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.

En los seguros colectivos, la Compañía de Seguros debe proporcionar la información suficiente al Contratante para que este último haga de conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

ARTÍCULO N°12: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro quedará resuelto, respecto al Contratante, perdiendo todo derecho originado de la Póliza cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante. Dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13².
- 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 éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.

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

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 7.
- c. Cuando al momento de evaluar la solicitud de cobertura se evidencie que esta ha sido interpuesta en base a documentos y declaraciones falsas, los cuales se encuentran establecidos en el art. 10 del presente condicionado. Asimismo, La Compañía comunicará la resolución al Contratante y al asegurado dentro de los treinta (30) días posteriores de haber tomado conocimiento del fraude³.

² ARTÍCULO N°13: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante o el Asegurado podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendarios.

El Contratante notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
- b. En caso se trate de una persona jurídica, copia literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades necesarias para la resolución de contratos.
- c. Copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución.

El Asegurado notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

- a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
- b. Copia de su documento de identidad.

Este trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de la Compañía de Seguros (XXXXXXX), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite, deberá otorgar un poder notarial a través de una carta poder con firma legalizada, para que un tercero lo realice en su nombre.

La Compañía de Seguros procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará a los treinta (30) días de la recepción de la solicitud de resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza.

³ La resolución del contrato bajo la presente causal resulta independiente de la solicitud de cobertura, la misma que se rige por lo previsto en la condición mínima correspondiente.



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- d. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.

En los supuestos antes mencionados, la Compañía de Seguros tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no transcurrido. La devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante o Asegurado, según corresponda, treinta (30) días hábiles posteriores a la resolución.

ARTÍCULO N° 14: NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo por una causa existente al momento de su celebración en los siguientes casos:

1. 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.
2. Si al tiempo de su celebración se ha producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.
3. Cuando no exista interés asegurable al momento de la celebración del contrato o al inicio de su vigencia.

En estos casos, se procederá a la devolución de la prima pagada.

Para todos los casos de nulidad, el Asegurado perderá todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado a esta Póliza.

La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta deberá ser solicitada en el plazo de treinta (30) días desde que la Compañía de Seguros tenga conocimiento de esta.

Si el Asegurado hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, quedará obligado a devolver a la Compañía de Seguros la suma asegurada percibida, más intereses legales y tributos correspondientes.

ARTÍCULO N°16: INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS Y MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

(...)

El mecanismo de solución de controversias a emplear será la Vía Judicial para toda controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiarios y la Compañía de Seguros.

ARTICULO N° 18: TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato que tenía contratado el CONTRATANTE y/o ASEGURADO en el periodo inmediato anterior al de la presente póliza.

Asimismo, la presente Póliza no considerará como enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro dentro del sistema asegurador peruano y/o plan de salud diferente que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente siempre que la presente póliza se haya contratado en el plazo máximo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato anterior.