



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 17 de mayo de 2018

OFICIO N° 17942-2018-SBS

Señor
Gerente General
INTERSEGURO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Av. Felipe Pardo y Aliaga N° 699, Oficina 302
San Isidro



Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 1970-2018 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General



epa

Lima, 17 MAYO 2018

Resolución S.B.S

N° 1970-2018

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Interseguro Compañía de Seguros S.A. (en adelante, La Compañía) con fecha 15 de enero de 2018, 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, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013, en adelante Reglamento de Transparencia, y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, aprobado mediante Resolución SBS N° 7044-2014, en adelante Reglamento de Registro, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Protección de Tarjeta Individual Plus OH!";

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 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





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículo 78 de la Ley de Seguros.

k. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, de corresponder.

l. 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.

m. 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;





**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;

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 Transparencia;

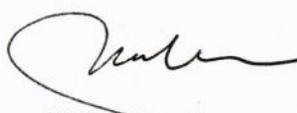
RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Protección de Tarjeta Individual Plus OH!", presentadas por Interseguro Compañía de Seguros S.A. 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° RG2024100220.

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 "Protección de Tarjeta Individual Plus OH!", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso Interseguro Compañía de Seguros S.A. decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los 60 días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en su página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLÉN RIBA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO N° 1 CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO N° 4: CAMBIO EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato la Compañía podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de cuarenta y cinco (45) días 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.

ARTÍCULO N° 6: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el Contratante recibe la póliza, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y en tanto no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el presente contrato, comunicando su decisión a los Centros de Atención al Cliente de La Compañía o través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Asimismo, se procederá a devolver la prima recibida dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la recepción de la solicitud, no sujeta a penalidad alguna.

ARTÍCULO N° 10: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza quedará resuelta, respecto al Contratante perdiendo todo derecho emanado de la póliza, cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales¹:

- a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante o de La Compañía, dicha solicitud deberá efectuarse con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13².



ARTÍCULO N° 22: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

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

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

La Compañía así como el Contratante en cualquier momento podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza.

Para efectos de que el Contratante solicite la resolución del contrato, deberá notificar a La Compañía dicha decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, adjuntando la siguiente documentación:

- a. Carta dirigida a La Compañía en la que se manifieste expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
- b. Original y copia del Documento Nacional de Identidad.

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



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 12.
- c. En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante o que no se pronuncie sobre el mismo en el plazo de diez (10) días, cuando incurran 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 treinta (30) días posteriores a los diez (10) días con que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.
- d. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo La Compañía opta por resolver el contrato. Mientras La Compañía no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.
- e. Cuando se presente fraudulentamente una solicitud de cobertura basada en documentos o declaraciones falsas, según lo establecido en el Artículo N° 11. La Compañía comunicará la resolución al Contratante dentro de los treinta (30) días posteriores a haber tomado conocimiento del fraude.

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

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

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

ARTÍCULO N° 11: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

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

Para los siguientes casos:

1. Reembolso por uso indebido de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos.
2. Reembolso por consumos indebidos de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera.
3. Reembolso por consumos indebidos de la(s) Tarjeta(s) OH internacional Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera
4. Reembolso por fraude de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera (Incluye "Cambiao").

La Compañía 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 una vez transcurridos treinta (30) días del mes siguiente 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.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

5. Reembolso por uso indebido de la(s) tarjeta(s) de crédito Asegurada(s) emitida(s) por otras Entidades Financieras a causa de hurto o de robo y/o asalto y/o secuestro en cajeros automáticos.

6. Reembolso de la compra de bienes realizadas con la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) emitida(s) por la Entidad Financiera que hayan sido objeto de robo y/o asalto.

El procedimiento para la solicitud de cobertura será el siguiente:

(i) Bloquear la(s) tarjeta(s) sustraída(s), mediante la llamada a las centrales del Comercializador y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondientes, dentro de un plazo no mayor de cuatro (4) horas de ocurrido el siniestro.

(ii) Presentar la denuncia a la policía en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de cuatro (24) horas de ocurrido el siniestro o de haber tomado conocimiento del hecho, en caso de fraude.

(iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse a las oficinas o agencias del Comercializador o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con:

- a) Copia certificada de la denuncia policial.
- b) Copia simple del documento de identidad del titular de la tarjeta.
- c) Presentar el (los) código(s) asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s).
- d) Presentar copia legalizada del estado de cuenta o consulta de movimiento y/o registro de movimientos emitido por la entidad bancaria que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros indebidos de los cajeros automáticos.

(iv) En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza. Asimismo, dentro del plazo anteriormente indicado La Compañía podrá solicitar una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

7. Reembolso por consumos indebidos de la(s) Tarjeta(s) de crédito Asegurada(s) emitida(s) por otras Entidades Financieras.

El procedimiento para la solicitud de cobertura será el siguiente:

(i) Bloquear la(s) tarjeta(s) sustraídas, mediante la llamada a las centrales de la(s) Entidad(es) Financiera(s) y obtener el (los) código(s) de bloqueo(s) correspondiente(s), dentro de un plazo no mayor de cuatro (4) horas de ocurrido el siniestro o de haber tomado conocimiento del hecho, en caso corresponda.

(ii) Presentar la denuncia a la policía en la delegación donde se dieron los hechos dentro de un plazo no mayor de cuatro (24) horas de ocurrido el siniestro o de haber tomado conocimiento del hecho, en caso corresponda.

(iii) El Asegurado o la persona que está actuando en su representación deberá acercarse al Comercializador o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con:

- a) Copia certificada de la denuncia policial.
- b) Copia simple del documento de identidad del titular de la tarjeta.
- c) Presentar (los) código(s) asignando la fecha y hora del bloqueo de la(s) Tarjeta(s).





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

d) Presentar copia legalizada del estado de cuenta o consulta de movimiento y/o registro de movimientos emitido por la entidad bancaria que acrediten el lugar y los consumos y/o retiros indebidos de los cajeros automáticos.

(iv) En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza. Asimismo, dentro del plazo anteriormente indicado La Compañía podrá solicitar una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.

8. Fallecimiento Accidental a consecuencia del robo y/o asalto y/o secuestro

Posteriormente, para solicitar la cobertura el beneficiario o la persona que está actuando en su representación deben acercarse a cualquier oficina o agencia del Comercializador o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía con los siguientes documentos:

- a) Formato de Solicitud de Cobertura de La Compañía.
- b) Original o copia legalizada del certificado médico de defunción, en formato oficial completo.
- c) Original o copia legalizada de la Partida o Acta de defunción.
- d) Copia certificada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
- e) Original o copia certificada del Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- f) Original o copia certificada del Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

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

En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza.

9. Gastos médicos por hospitalización a consecuencia de robo y/o asalto y/o secuestro:

El plazo para efectuar la solicitud de esta cobertura será de treinta (30) días desde la fecha de ocurrencia del siniestro.

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación para poder evaluar la(s) atención(es) recibida(s):

- a) Original o copia legalizada del informe médico que detalle el tratamiento efectuado, y los días de hospitalización requeridos,
- b) Original de recetas, exámenes y resultados de los mismos que permita validar a La Compañía la atención recibida por el Asegurado.

En caso La Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales, podrá requerir las mismas dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa establecida en la póliza. Asimismo, dentro del plazo anteriormente indicado La Compañía podrá solicitar una entrevista personal con el Asegurado, con el fin de obtener mayor información acerca del evento o siniestro ocurrido.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

10. Reembolso de gastos de duplicados y reposición de documentos por hurto o robo y/o asalto y/o secuestro

El Asegurado o la persona que está actuando en su representación debe presentar una carta simple dirigida a La Compañía adjuntando la copia certificada de la denuncia policial y los documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores respectivos y demás comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos en su Centro de Servicio de Atención al Cliente.

11. Fallecimiento Natural:

Los Beneficiarios deberán presentarse al Comercializador o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía acreditando su calidad de tales, presentando los siguientes documentos:

- a) Original o copia legalizada de la Partida o Acta de Defunción
- b) Original o copia legalizada del Certificado Médico de Defunción del Asegurado, en formato completo.
- c) Copia de Documento de Identidad de (los) Beneficiario(s).

12. Fallecimiento Accidental:

Adicionalmente a los requisitos señalados en el numeral anterior, se deberán presentar los siguientes documentos en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía o del Comercializador:

- a) Formato de Solicitud de Cobertura de La Compañía.
- b) Copia legalizada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal, en caso corresponda.
- c) Original o copia legalizada del Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- d) Original o copia legalizada del Resultado de examen de dosaje etílico, en caso corresponda.
- e) Original o copia legalizada del Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

13. Invalidez Total y Permanente por accidente o enfermedad:

Se deberá presentar al Comercializador o al Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes con los que el Contratante cuente, que necesariamente incluirán el certificado médico legalizado e informe médico ampliatorio, en caso corresponda, además del documento de identidad del Asegurado y el Dictamen de invalidez del COMAFP, COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 21 "Determinación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad".

14. Renta Alimenticia por Fallecimiento:

Para proceder al cobro de este siniestro en caso de Fallecimiento Natural o Fallecimiento Accidental se presentarán en las oficinas del Comercializador o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía los mismos documentos señalados en los puntos 11 o 12, según sea el caso, por los beneficiarios a La Compañía o al Comercializador mediante el Formato de Solicitud de Cobertura de La Compañía.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

15. Indemnización por diagnóstico de Cáncer:

El Asegurado deberá informar por escrito a La Compañía sobre la ocurrencia del siniestro adjuntando lo siguiente:

- a) El diagnóstico del médico especialista que lo atendió.
- b) La documentación sustentatoria, en base a pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, del laboratorio.

La documentación antes mencionada deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de determinación del diagnóstico definitivo en las oficinas o agencias del Comercializador o en el Centro de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía. El costo de estas pruebas no será de cargo de La Compañía.

El aviso del siniestro para todas las coberturas deberá realizarse por escrito a los Centros de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

En todas las coberturas, de requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir el siniestro, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

Los documentos que se requieran en el presente artículo deberán ser entregados en los Centro de Servicio de Atención al Cliente de La Compañía o en las oficinas del Comercializador.

En la presente póliza, entiéndase que la "copia legalizada" hace referencia a la certificación de reproducción notarial, de conformidad con el Artículo N° 110 del Decreto Legislativo N° 1049.

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este tome conocimiento de la existencia del beneficio.

ARTÍCULO N° 12: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

(...)

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

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, La Compañía podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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

Cuando la resolución se produzca por incumplimiento en el pago de la prima, La Compañía tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

No obstante lo anteriormente señalado, si La Compañía optase por no reclamar el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido sin necesidad de comunicación alguna por parte de La Compañía.

Sea que el contrato quede resuelto o extinguido por falta de pago, La Compañía queda facultada a realizar la cobranza de las primas impagas correspondientes al período efectivamente cubierto, incluyendo todos aquellos gastos de cobranza generados por el incumplimiento. Los gastos serán debidamente indicados por La Compañía en el Condicionado Particular.

ARTÍCULO N° 14: NULIDAD DEL CONTRATO

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

(i) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. El contrato es nulo si media dolo o culpa inexcusable del Contratante. La nulidad no procede cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas en una pregunta expresa que no fue respondida en el cuestionario y La Compañía igualmente celebró el contrato.

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

(...)

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

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

Para todos los supuestos de nulidad, el Contratante, Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado bajo esta Póliza. Asimismo, en los supuestos contemplados en el literal (i), por concepto de penalidad, el Contratante o Asegurado perderá todo derecho sobre las primas entregadas a La Compañía durante el primer (1) año de vigencia de la Póliza. A partir del segundo año, La Compañía devolverá al Contratante las primas pagadas en los siguientes treinta (30) días.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta deberá ser invocada en el plazo de 30 días desde que la compañía conoce de la reticencia y/o declaración inexacta.

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

ARTÍCULO N° 18: 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 renovar la misma con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento. Si correspondiera modificar el monto de la prima a la renovación, este nuevo monto deberá ser informado por escrito por La Compañía al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del 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 remitirá por escrito la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

ARTICULO N° 20: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El siniestro se considerará aprobado en los siguientes casos:

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

Sin perjuicio de lo antes indicado, cuando La Compañía requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, deberá solicitarle al Asegurado la ampliación del plazo. Si el Asegurado no lo aprueba, La Compañía podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta (30) días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

Después de aprobado el pago del siniestro o vencido el plazo para consentir el mismo, la obligación de pagar el monto indemnizable será cumplida por La Compañía de acuerdo a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El capital o la indemnización serán pagados en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado el pago del siniestro o consentido el mismo, en las Oficinas de Atención al Cliente.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTÍCULO N° 25: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

1. Mecanismo de solución de controversias

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

(...)

