



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 25 JUL. 2016

Resolución S.B.S

N° 4112 -2016

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por PROTECTA Compañía de Seguros (en adelante, Protecta) mediante cartas recibidas con fechas 11 de mayo y 12 de julio 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 "Seguro Oncológico – Indemnización";

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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

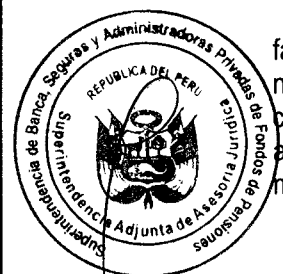
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos 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;





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, la Compañía ha manifestado mediante carta recibida con fecha 12 de julio de 2016 que no aplicará el derecho de reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro, ni el derecho de arrepentimiento debido a que el producto sólo se comercializa a través de corredores de seguros, fuerza de ventas interna de la compañía y promotores de seguros, ni la condición referida al procedimiento sobre preexistencias; este último debido a que se trata de un producto indemnizatorio al primer diagnóstico de cáncer sin cubrir atenciones médicas. En consecuencia, no corresponde incluir dichas condiciones en el modelo de póliza de dicho producto, presentado para la aprobación de sus condiciones mínimas;

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;

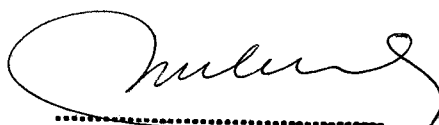
RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Oncológico – Indemnización", presentada por Protecta; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de asistencia médica. 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° AE2096400024.

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

Regístrese y comuníquese.


.....
MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 7: PRIMA

(...)

De producirse el incumplimiento del pago de la Prima en los términos convenidos, corresponderá a la Compañía notificar al Contratante y al Asegurado el incumplimiento de su obligación e indicarle el plazo del que dispone para efectuar el pago antes de que se produzca la suspensión de la cobertura del Seguro.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley, la cobertura del Seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha del vencimiento de la obligación de pago de la prima, siempre y cuando la Compañía haya comunicado fehacientemente al Contratante y Asegurado las consecuencias del incumplimiento del pago de primas, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes al vencimiento de la obligación del pago de la prima. La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en el que la cobertura se encuentre suspendida.

La suspensión de cobertura no será aplicable en los casos en que el Asegurado o el Contratante haya pagado, proporcionalmente una prima igual o mayor al periodo corrido del Contrato de Seguro.

Durante la suspensión de la cobertura del seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del contrato. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante y Asegurado de la comunicación escrita cursada por la Compañía en la que le informe sobre dicha decisión.

En cualquier caso, el contrato se entenderá extinguido si la Compañía no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley, de producirse la resolución del Contrato de Seguro como consecuencia del incumplimiento en el pago de la Prima, la Compañía tendrá derecho al cobro de la misma en una proporción equivalente al periodo efectivamente cubierto. Asimismo, en este caso, una vez resuelto el Contrato de Seguro por la Compañía, no procederá la Rehabilitación de la Póliza.

ARTICULO 10: RESOLUCIÓN

La Póliza o el Certificado de Seguro, según corresponda, podrán quedar resueltos, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima, en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación enviada al Contratante y Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.
- b. Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado, lo que deben realizar apenas se produzca la agravación.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

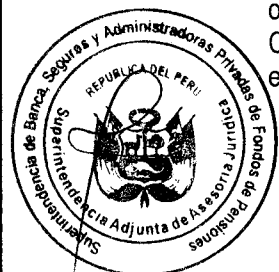
Una vez comunicada la agravación del riesgo a la Compañía, ésta deberá comunicar al Contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. En el caso que la agravación no haya sido comunicada, el referido plazo se contará desde el momento en que la Compañía tuvo conocimiento de la agravación. Le corresponde a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.

- c. Por la presentación de solicitudes de cobertura fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Compañía al tomar conocimiento deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante y del Asegurado, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, asimismo le corresponderá a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.
- d. En caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y sea constatada antes de que se produzca un siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza o del Certificado de Seguro dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver la Póliza y/o Certificado de Seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación escrita dirigida al Contratante y/o Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.
- e. El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Asegurado, la cual puede ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del Contrato y/o Certificado, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución. Le corresponde a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o Certificado de Seguro, la Compañía queda liberada de su prestación.

Para los literales b, c, d y e, la Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de resolución. El Contratante será el obligado a devolver la prima al Asegurado, en el caso que corresponda.

En todos los supuestos de resolución de la Póliza, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello a los Asegurados. En caso de resolución de certificados de seguros la Compañía notificará de ello al Contratante y al Asegurado, dentro de los mismos plazos señalados en este artículo.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso el Contratante solicite la resolución del contrato es su responsabilidad informar a los Asegurados sobre la resolución del contrato, indicando la fecha desde cuándo se hará efectiva, esta comunicación debe producirse con 30 días de anticipación a la resolución del contrato.

ARTICULO 11: NULIDAD

El contrato y/o certificado de seguro han sido extendidos por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud de Seguro y en los cuestionarios relativos a su salud.

Será nulo todo Contrato o Certificado de Seguro, según corresponda:

- a. Si el Contratante y/o el Asegurado hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b. Si al tiempo de la celebración se hubiera producido el Siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c. Por Reticencia y/o Declaración Inexacta, siempre que ésta se hubiere producido con dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o del Asegurado, respecto de circunstancias conocidas por ellos, que hubiesen impedido la celebración del presente contrato o modificado sus condiciones, de haber sido conocidas por la Compañía.

En el supuesto indicado en el párrafo anterior, la Compañía deberá invocar la causal en un plazo de treinta (30) días desde que tomó conocimiento de la Reticencia o Declaración Inexacta.

- d. Declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, al momento de celebración del Contrato, hubiere excedido los límites establecidos en las Condiciones Particulares y/o Certificado. En este caso, se procederá con la devolución de las primas correspondientes.

La nulidad del presente contrato determina que el Contratante y/o el Asegurado pierdan el derecho a exigir a la Compañía indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza y/o Certificado emitida a su favor.

Cabe precisar que se consideran dolosas o con culpa inexcusable a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa por parte de la Compañía y absuelta por el Asegurado de manera expresa o de una declaración expresa suscrita por el Contratante y/o Asegurado.

Los Beneficiarios, Contratante y/o Asegurado que hubieren cobrado el beneficio previsto en la Póliza con anterioridad a la declaración de nulidad del Contrato, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía el importe recibido, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, gastos que deberán ser debidamente sustentados.

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo 11, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros. En caso de





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

nulidad de un certificado de seguro, el Contratante entregará al Asegurado la prima devuelta por la Compañía.

ARTÍCULO 13: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado y/o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro. El siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Certificado de Seguro.

En caso la Compañía opte por otorgar un plazo mayor al contemplado en el párrafo precedente, éste será establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Certificado de Seguro.

Posteriormente al aviso del siniestro, el Asegurado y/o Beneficiario deberá presentar la Solicitud de Cobertura por escrito en la Compañía, y presentar adjunto los siguientes documentos, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), según corresponda:

- a. Formulario de Declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía
- b. Copia del Documento de Identidad del Asegurado Titular
- c. Original del Examen Hispatológico o Anátomo Patológico, firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.
- d. Fotocopia fedateada de la historia clínica del Asegurado.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar informes, declaraciones y certificados médicos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, así como aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, de acuerdo lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, aprobado por Resolución SBS N° 3202-2013, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, establecido en treinta (30) días, lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Una vez que el Asegurado y/o Beneficiario haya cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta (30) días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTICULO 16: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

Cualquier controversia, diferencia o reclamación resultante de la presente Póliza, inclusive aquellos aspectos relativos a su interpretación, cumplimiento, resolución, terminación, eficacia o validez, que surja entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del domicilio del Contratante, Asegurado o Beneficiarios de la Póliza declarados o no en la Solicitud de Seguro, de acuerdo a la normativa vigente.

Las partes, una vez producido el Siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la jurisdicción arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

(...)

ARTICULO 18: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

18.1 Durante la vigencia del contrato

Cualquier modificación de los términos contractuales durante la vigencia del contrato de seguro deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar de manera previa y por escrito su decisión dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

(...)

En caso de seguros grupales, la Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato, conforme a los párrafos anteriores.

