



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 01 de julio de 2021

RESOLUCIÓN SBS

N° 01939-2021

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros (en adelante la Compañía) con fecha 16 de marzo de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual solicita la modificación del producto “Accidentes de Estudiantes”, registrado con Código SBS N° AE1786100026, cuya última modificación fue aprobada mediante Resolución SBS N° 03151-2020 con fecha 16 de diciembre de 2020.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 16 de marzo de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Accidentes de Estudiantes”, registrado con Código SBS N° AE1786100026 y cuya última versión de condiciones mínimas fue aprobada mediante Resolución SBS N° 03151-2020 con fecha 16 de diciembre de 2020;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013 y sus modificatorias (en adelante, el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro), cualquier solicitud de modificación de la documentación incorporada al Registro, se sujetará a los mismos plazos y condiciones señalados en los Subcapítulos II y III de dicho Reglamento; esto es, a los procedimientos de aprobación administrativa previa o revisión posterior, según corresponda;

Que, tratándose de un producto masivo le resulta aplicable el procedimiento de aprobación administrativa previa, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros. Una vez notificada la incorporación del nuevo contenido del modelo de póliza en el Registro, las empresas no podrán comercializar el anterior modelo de póliza;

Que, por su parte, el artículo 17° del referido Reglamento de Registro de Pólizas establece los documentos que las empresas deben presentar a esta Superintendencia a efectos de modificar los modelos de las pólizas;

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento de Registro de Pólizas de Seguro, y





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de las condiciones mínimas solicitadas;

Que, el artículo 16 del 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, establece que las empresas de seguros deben someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia, las condiciones mínimas de los seguros masivos, obligatorios y personales, señaladas en el referido artículo, de acuerdo al tipo de productos;

Que encontrándonos ante un producto de accidentes personales, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas previstas en los incisos 2 y 12 del numeral 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes y al derecho de revocación de consentimiento, respectivamente;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas previstas en los artículos 9, 13 y 20 de las Condiciones Generales, sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, 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 del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por la Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento de Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 9, 13 y 20 de las Condiciones Generales del producto “Accidentes de Estudiantes”, cuya última modificación se aprobó mediante Resolución SBS N° 03151-2020 de fecha 16 de diciembre de 2020; conforme a lo solicitado por la Compañía, en los términos señalados en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las modificaciones propuestas por la empresa en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento de Registro de Pólizas. En tal sentido, la Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado “Accidentes de Estudiantes”, la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta, La Compañía deberá poner el modelo de póliza a disposición de los usuarios, a través de sus oficinas de atención al público, página web u otro mecanismo que determinen en relación al producto, conjuntamente con la presente Resolución; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza. Adicionalmente, la Compañía deberá publicar las anteriores resoluciones de aprobación de condiciones mínimas correspondientes al presente producto.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

CONDICIONES GENERALES

Artículo 7: Prima

(...)

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

La cobertura del Seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha del vencimiento de la obligación de pago de prima, siempre y cuando la Compañía haya comunicado fehacientemente al Asegurado y Contratante, las consecuencias del Incumplimiento del pago de primas. La Compañía no será responsable por los Siniestros ocurridos durante el período en el que la cobertura se encuentre suspendida.

Durante la suspensión de la cobertura del Seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del Contrato y/o Solicitud Certificado. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante de la comunicación escrita, cursada por la Compañía, en la que le informe sobre dicha decisión, la cual deberá ser informado por EL CONTRATANTE a LOS ASEGURADOS

En cualquier caso, el Contrato y/o Solicitud Certificado 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 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.

Artículo 9: Resolución

a) La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación a EL CONTRATANTE:

1. Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 7 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.

2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del CONTRATANTE sobre la propuesta de revisión del Contrato de Seguro, efectuada por LA COMPAÑÍA, en caso de declaración inexacta o reticente que no obedezca a dolo o culpa inexcusable. La COMPAÑÍA debe ofrecer a EL CONTRATANTE la revisión de la póliza en un plazo de treinta (30) días computado desde la constatación de la declaración inexacta o reticente. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que EL CONTRATANTE se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511) 6309000





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, LA COMPAÑÍA puede resolver la póliza mediante comunicación dirigida a EL CONTRATANTE, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo anterior. Cabe precisar que si transcurren dos (2) años desde la celebración del contrato, LA COMPAÑÍA no puede invocar la reticencia o falsa declaración, excepto cuando es dolosa.

3. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE, debiendo comunicarlo a LA COMPAÑÍA con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución.

4. 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.

b) La Solicitud - Certificado de Seguro quedará resuelta con respecto al ASEGURADO cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

1. Cuando se solicite la cobertura fraudulentamente en base a documentos o declaraciones falsas en el procedimiento de solicitud de cobertura. LA COMPAÑÍA enviará una comunicación a EL BENEFICIARIO y/o CONTRATANTE, de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días calendarios desde la presentación de toda la documentación obligatoria completa listada en la póliza para la evaluación de solicitud de cobertura, salvo que LA COMPAÑÍA haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley de Contratos de Seguros. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de cobertura del siniestro fraudulento.

2. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo 7.

3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA opta por resolver la solicitud-certificado. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones de la solicitud-certificado original.

En relación a los supuestos de agravación del riesgo detallados en este artículo, es preciso señalar que el contrato o solicitud- certificado, no podrán ser modificadas o dejadas sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del ASEGURADO que este no conociera al momento de la celebración del contrato o solicitud –certificado, respectivamente.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO optasen por la resolución del Contrato o Solicitud-Certificado, respectivamente, 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 al CONTRATANTE o al ASEGURADO, según corresponda, en un plazo de 30 días calendarios posteriores a la resolución. En los demás casos mencionados, tanto respecto de la póliza como de la Solicitud-Certificado, La Compañía se limitará a la devolución de la prima no devengada. La devolución de la prima no devengada se realizará dentro de los treinta (30) días calendario, posteriores a la resolución, a través del CONTRATANTE o directamente al ASEGURADO, según corresponda.

Artículo 10: Nulidad De La Póliza





SUPERINTENDENCIA **DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

La Póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud - Certificado de Seguro.

Será nulo todo Contrato o Solicitud- 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 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. 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 Solicitud- Certificado de Seguro o la Póliza emitida a su favor.

Los Beneficiarios y/o Asegurado que hubieren cobrado el beneficio previsto en la Póliza con anterioridad a la declaración de nulidad del Contrato, quedarán obligados a devolver el beneficio recibido cuando la Compañía ejerza las acciones legales correspondientes, devolución a realizar a la Compañía conjuntamente con los intereses legales y tributos a que hubiere lugar.

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas en un plazo de 30 días calendario de declarada la nulidad, 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 10, 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 seguro.

Artículo 13: Aviso de Siniestro y Solicitud de Cobertura

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado, Contratante 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.

Para este efecto, podrá acercarse a cualquier punto de venta del Comercializador o podrá comunicarse con Crecer Seguros por teléfono al (01)4174400 (para Lima) o (0801)17440 (para Provincias) o por correo electrónico gestionalcliente@crecerseguros.pe.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, La Compañía podrá reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Si el incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro obedece a culpa inexcusable del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o si se demuestra que la Compañía ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado.

El Asegurado, Contratante o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos, salvo que en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de este Contrato de Seguro se especifiquen requisitos diferentes o adicionales:

1. Acta o Partida y Certificado médico de defunción del Asegurado. (Original o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada)
2. Copia Certificada del Atestado o Parte Policial, en caso corresponda.
3. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia del Asegurado, en caso corresponda.
4. Copia Certificada del Resultado del dosaje etílico y toxicológico del asegurado, en caso corresponda.
5. Testamento o Sucesión intestada debidamente inscrita de forma definitiva en los Registros Públicos (original o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada), en caso de no declararse beneficiarios en la Solicitud- Certificado de Seguro suscrita por el Asegurado.
6. Copia simple del DNI de los beneficiarios.

Una vez que el Asegurado, Contratante o Beneficiario(s) hayan 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 requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el Asegurado, Contratante o Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado y/o de las personas cuya vida y/o integridad física es objeto de alguna de las coberturas del presente Contrato de Seguro, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, siempre que sean necesarias para la evaluación de su cobertura.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado 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.

Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta 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

El Asegurado, Contratante o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente Póliza.

Artículo 16: Mecanismos de Solución de Controversias

(...)

b) Vía judicial

Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre los Asegurados, el Beneficiario, la Compañía y el Contratante que se encuentre relacionada con el Contrato de Seguro o con la interpretación de la Póliza, podrá ser resuelta por los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.

c) Vía arbitral

Asimismo, cuando se trate de controversias posteriores a la ocurrencia del siniestro, referidas al monto del pago del mismo, las partes podrán pactar entonces acudir a la Jurisdicción Arbitral, siempre que los daños o pérdidas reclamadas a LA COMPAÑÍA sean superiores o iguales al límite fijado por la SBS.

Artículo 19: Modificación de las Condiciones de la Póliza durante su vigencia

Durante la vigencia del contrato, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por la Compañía 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 hasta el término de su vigencia.

La Compañía deberá proporcionar al Contratante documentación suficiente para que ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado al contrato de seguro.

Artículo 20: Renovación de la Póliza.

La presente póliza no es de renovación automática, por lo que, en caso el CONTRATANTE requiera renovar la vigencia de la misma, será necesario que presente su solicitud por escrito a LA COMPAÑÍA, a través de cualquiera de los medios puestos a su disposición que lo permitan, en un plazo no menor a 60 días calendarios antes del fin de la vigencia establecido en las Condiciones Particulares.

En ese caso, cuando corresponda, LA COMPAÑÍA, informará a EL CONTRATANTE, los cambios que haya sufrido la póliza. La comunicación al CONTRATANTE se realizará con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. EL CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo en la propuesta.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En todos los casos, en que EL CONTRATANTE decida renovar el contrato de seguro, debe suscribir la renovación de la póliza, como señal y constancia de aceptación de las condiciones informadas.

Artículo 21: Prescripción

Las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del siniestro, con excepción de las acciones relativas a las coberturas por fallecimiento las que prescribirán en el plazo de diez (10) años desde que el Beneficiario tome conocimiento de la existencia del beneficio. Cumplido el plazo de prescripción, sin que el Contratante, Asegurado o Beneficiario hubiera solicitado el beneficio, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada.

Artículo 23: Derecho de Arrepentimiento

Dentro de un plazo no mayor de quince (15) días contados desde que el ASEGURADO recibe la Solicitud - Certificado, éste podrá resolver el vínculo contractual, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias. Para este efecto, deberá comunicar su decisión a través de cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios que LA COMPAÑÍA pone a su disposición, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la presente póliza. El derecho de arrepentimiento es aplicable en tanto la comercialización de los seguros se dé a través de comercializadores, incluyendo la Bancaseguros, y a través del uso de sistemas a distancia.

