



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 20 NOV. 2015

Resolución S.B.S

N° 7064-2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Crecer Seguros (en adelante, Crecer) mediante cartas recibidas con fecha 04 de setiembre y 13 de noviembre de 2015, 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 "Desgravamen Monto Original";

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

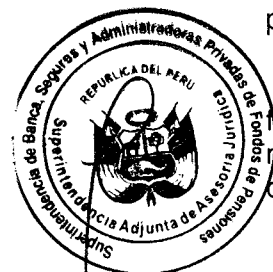
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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, en virtud de lo indicado por Crecer Seguros mediante comunicación de fecha 13 de noviembre de 2015, no resulta aplicable al presente producto el derecho de arrepentimiento, en tanto es un producto diseñado para ser ofertado como condición para contratar operaciones crediticias.

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 "Desgravamen Monto Original", presentadas por Crecer; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de desgravamen. 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° VI1787400002.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, Crecer deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Desgravamen Monto Original", 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 N° 12: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

La prima es la contraprestación del ASEGURADO titular por la cobertura que presta LA COMPAÑÍA. En este tipo de seguro, se deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro. No obstante LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas al ASEGURADO titular.

El COMERCIALIZADOR se encargará de recaudar la prima del ASEGURADO titular, a través del canal que se defina para ese fin y que se señala en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro. Todo pago que se haga al COMERCIALIZADOR se entiende como recibido por LA COMPAÑÍA.

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura de 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 a EL ASEGURADO y a EL CONTRATANTE sobre el incumplimiento de pago de la prima, así como sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se suspenda la cobertura del seguro. Dicha comunicación se realizará de forma directa o a través del COMERCIALIZADOR, a la dirección consignada en la Solicitud de Seguro. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura; se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL ASEGURADO su decisión de resolver el Certificado por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde que EL ASEGURADO recibe tal comunicación; pasados los cuales operará la resolución. Una vez resuelto LA COMPAÑÍA deberá notificar la resolución a EL CONTRATANTE.

Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en el Certificado para el pago de la prima, se entiende que el Certificado queda extinto.

En caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas, incluyendo los gastos de cobranza debidamente sustentados y/o intereses generados por el incumplimiento, a través de un proceso judicial o arbitral.

ARTÍCULO N° 15: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

a) Causales de resolución

El Certificado se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación al ASEGURADO:





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

1. Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 12 de las presentes Condiciones Generales.
2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del ASEGURADO titular sobre la propuesta de revisión del Certificado efectuada por LA COMPAÑÍA, en caso de declaración inexacta o reticente que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 14¹ de las presentes Condiciones Generales. La COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido entre la propuesta de ajuste y la resolución del Certificado.
3. Por presentar una solicitud de pago de siniestro fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo N° 18² de estas Condiciones Generales. La COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de pago del siniestro.
4. Por ejercicio por parte del ASEGURADO titular, de su derecho legal de resolver el seguro sin expresión de causa, previsto en el artículo 50 de la Ley 29946 y artículo 20 de la Resolución SBS 3199-2013; utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro. En este caso deberán devolverse al ASEGURADO titular, de ser el caso, las primas pagadas no consumidas.

La resolución del Certificado deberá posteriormente ser comunicada al CONTRATANTE. Asimismo, LA COMPAÑÍA devolverá –sin gestión adicional alguna por parte del ASEGURADO- la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir el mismo, según la forma de pago de la prima determinada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

La Póliza puede ser resuelta por la sola voluntad del CONTRATANTE sin expresión de causa. EL CONTRATANTE deberá notificar a la COMPAÑÍA por escrito con por lo menos treinta (30) días de anticipación. La Resolución deberá ser comunicada por el CONTRATANTE a los ASEGURADOS.

(...)

c) Causales de nulidad

1 ARTÍCULO N° 14: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

Según lo indicado en el Artículo N° 9 de las presentes Condiciones Generales, los términos y condiciones de la Póliza se definen basándose en la veracidad y exactitud de las declaraciones de EL CONTRATANTE y EL ASEGURADO. Si las declaraciones fueran inexactas o reticentes, es probable que LA COMPAÑÍA hubiera definido condiciones diferentes bajo conocimiento del verdadero estado del riesgo declarado. Es por ello, que LA COMPAÑÍA tiene derecho a declarar la nulidad del Certificado, siempre y cuando haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo N° 15 de este documento.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO y no han transcurrido dos años desde la celebración del contrato, se pueden producir las siguientes situaciones:

1. Si no ha ocurrido ningún siniestro: LA COMPAÑÍA podrá presentar una propuesta de revisión del Certificado en lo referente a un ajuste de primas y/o de cobertura, en un plazo de treinta (30) días desde la fecha en que se constató la declaración inexacta o reticente. ASEGURADO titular deberá aceptar o rechazar la propuesta en un plazo máximo de diez (10) días desde que le fue hecha. Si no se pronuncia o rechaza la propuesta, LA COMPAÑÍA podrá resolver el Certificado comunicándose a EL ASEGURADO dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados. La resolución del Certificado deberá ser informada luego a EL CONTRATANTE.

(...)

2 ARTÍCULO N° 18: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTO

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se aplicará el Artículo N° 15 de las presentes Condiciones Generales y se procederá a resolver el contrato. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL ASEGURADO o a su beneficiario, su decisión de resolver el Certificado. La presente causal de resolución produce la liberación de la COMPAÑÍA al momento que se presente dicha situación.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El Certificado será nulo desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos:

1. Si EL ASEGURADO incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 14 de las presentes Condiciones Generales.
2. Si EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso a la fecha de contratación del seguro e hizo una declaración inexacta de su verdadera edad.
3. En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo con el Artículo N° 2 de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al momento de contratar el seguro, se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo N° 3 de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable (numeral c.1), LA COMPAÑÍA tiene derecho en concepto de indemnización a las primas pactadas para el primer año.

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada por EL ASEGURADO, sin intereses, abonando el monto correspondiente a la cuenta en la que se efectuó el cargo. La devolución mencionada se efectuará en un plazo de (7) días desde que se declaró la nulidad.

La nulidad del certificado de seguro será notificada al ASEGURADO e informada a EL CONTRATANTE con posterioridad.

ARTÍCULO N° 16: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis (6) meses mencionados anteriormente.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo LA COMPAÑÍA podría 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 mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.

Para solicitar la cobertura, EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro:





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Documentos Obligatorios	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	✓	✓		
Partida o Acta de Defunción (original o copia simple)	✓	✓		
Certificado de Necropsia ¹ (original o certificación de reproducción notarial).		✓		
Protocolo de Necropsia ¹ (copia simple)		✓		
Atestado Policial Completo ¹ (copia simple)		✓		✓
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ¹ (copia simple) (Puede estar incluido en el Atestado policial)		✓		✓
Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.			✓	✓
Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (Para créditos mayores a S/.100,000 o USD.35, 000).	✓	✓	✓	✓
Monto original y saldo insoluto de la deuda sin incluir intereses, moras, comisiones o gastos, emitido por la entidad titular del derecho de crédito (Original o Copia simple).	✓	✓	✓	✓
Testamento o declaratoria de herederos, o Sucesión intestada (original o certificación de reproducción notarial), salvo que el ASEGURADO haya designado beneficiarios específicos.	✓	✓		

¹ Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro (previsto en el párrafo anterior) hasta que se presente lo solicitado.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este Artículo, se entenderá que el siniestro queda aprobado.

ARTÍCULO N° 17: PAGO DE SINIESTRO





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Una vez aprobado el siniestro, LA COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el pago del siniestro.

ARTÍCULO N° 20: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la Póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE.

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho de analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. Con su firma en la solicitud de seguro EL ASEGURADO consiente la cláusula ahí contenida, según la cual a través de este procedimiento puede verse modificado su certificado (excepto en lo que se refiere a exclusiones y riesgos cubiertos). De proceder la modificación, la COMPAÑÍA entregará a EL CONTRATANTE la documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento de LOS ASEGURADOS con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a que entren en vigencia las modificaciones, a fin de que EL ASEGURADO pueda, si desea, manifestar su voluntad de resolver su certificado de seguro.

ARTÍCULO N° 22: 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.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 04 de julio de 2022

RESOLUCIÓN SBS

N° 02103-2022

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Crecer Seguros (en adelante la Compañía) con fecha 08 de julio de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro de Desgravamen Monto Original”, registrado con Código SBS N° VI1787400002, cuya última modificación fue aprobada mediante Resolución SBS N° 7064-2015 con fecha 20 de noviembre 2015;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 08 de julio de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación¹ del producto “Seguro de Desgravamen Monto Original”, registrado con Código SBS N° VI1787400002;

Que, a través de la Resolución SBS N° 7064-2015 de fecha 20 de noviembre 2015, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal y masivo², conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros.;

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 N° 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. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación, la Compañía no puede emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

¹ La Compañía ha manifestado que el presente producto está siendo adecuado al Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado y que dejará de ser comercializado el 10 de agosto de 2022, por lo que no adecuará el producto a lo establecido mediante Resolución SBS N° 1147-2021.

² De acuerdo a lo indicado por la Compañía, el producto será comercializado como masivo y personal.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, por su parte, el artículo 17° del referido Reglamento del 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 del Registro de Pólizas de Seguro, y 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, considerando que nos encontramos ante un producto de desgravamen, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud, al derecho de arrepentimiento y a la revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, por ser condición para contratar operaciones crediticias, previstas en los incisos 2, 8 y 12 del párrafo 16.1 del 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 el Reglamento de Conducta;

Que, la presente resolución aprueba las condiciones mínimas contempladas en los artículos 28 y 29 y la modificación de las condiciones mínimas previstas en los artículos 12, 15 y 16 de las Condiciones Generales del producto "Seguro de Desgravamen Monto Original", 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, la Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las condiciones mínimas contempladas en los artículos 28 y 29 así como la modificación de las condiciones mínimas previstas en los artículos 12, 15 y 16 de las Condiciones Generales del producto "Seguro de Desgravamen Monto Original", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 7064-2015 de fecha 20 de noviembre de 2015; solicitada por la Compañía, como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las condiciones mínimas y las modificaciones propuestas por la empresa en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del 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 "Seguro de Desgravamen Monto Original", incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; 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 difundir a través de su página web el modelo





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de póliza correspondiente al producto “Seguro de Desgravamen Monto Original” modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

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 N° 12: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

(...)

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura de 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 a EL ASEGURADO y a EL CONTRATANTE sobre el incumplimiento de pago de la prima y sus consecuencias, así como, sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se suspenda la cobertura del seguro. Dicha comunicación se realizará de forma directa o a través del COMERCIALIZADOR, a la dirección consignada en la Solicitud o Solicitud-Certificado de Seguro. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura; se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Certificado o Solicitud-Certificado de Seguro, según corresponda. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL ASEGURADO su decisión de resolver el Certificado o Solicitud-Certificado por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde que EL ASEGURADO recibe tal comunicación; pasados los cuales operará la resolución. Una vez resuelto LA COMPAÑÍA deberá notificar la resolución a EL CONTRATANTE.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que EL CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.

Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en el Certificado o Solicitud-Certificado para el pago de la prima, se entiende que el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda, queda extinto.

En caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas, incluyendo los gastos de cobranza debidamente sustentados y/o intereses generados por el incumplimiento, a través de un proceso judicial o arbitral.

ARTÍCULO N° 15: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

(...)

Resolución

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

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

1. Por incumplimiento en el pago de la prima, según lo señalado en el Artículo N° 12 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.

2. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE debiendo comunicarlo a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó o se declararon, según corresponda, para la contratación del seguro, a la otra parte con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución. Si EL CONTRATANTE opta por la resolución, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA opta por resolver el contrato. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL CONTRATANTE. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

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

1. Cuando se solicite la cobertura fraudulentamente de acuerdo con lo señalado en el artículo 18 de este Condicionado General³. 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 esta póliza para la evaluación de solicitud de cobertura, según lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley de Contrato de Seguro. 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 12 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo cubierto anterior a la suspensión de la cobertura.

3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA opta por resolver el Certificado o la solicitud-certificado. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL ASEGURADO. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del Certificado o la solicitud-certificado original.

4. Por ejercicio del derecho de resolución del certificado o solicitud-certificado, por modificaciones autorizadas por EL CONTRATANTE en la póliza y en los certificados o solicitud-certificados, utilizando cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios, que se ponen a su disposición en la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro. Para efectos de la resolución, EL ASEGURADO deberá cursar

³ ARTÍCULO N° 18: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTO

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se procederá a resolver la presente póliza. LA COMPAÑÍA deberá comunicar al BENEFICIARIO su decisión de rechazar la cobertura y resolver la misma, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios desde la entrega de la documentación obligatoria completa listada en esta póliza para la evaluación de la solicitud de cobertura, salvo que LA COMPAÑÍA haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro. La presente causal de resolución produce la liberación LA COMPAÑÍA de cualquier obligación de cobertura desde el momento que se presente dicha situación.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

5. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL ASEGURADO debiendo comunicarlo a la otra parte con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, utilizando cualquiera de los mecanismos de comunicación dispuestos por LA COMPAÑÍA, detallados en este documento o en el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda. Si EL ASEGURADO opta por la resolución, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

6. Por declaración inexacta o reticente, siempre que está se hubiera producido sin dolo o culpa inexcusable, según el procedimiento establecido en el Artículo 14 de estas Condiciones Generales⁴.

En los numerales a.1 y b.2, donde la causa de la resolución es la falta de pago de primas, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo transcurrido, hasta la suspensión de la cobertura.

En los numerales, a.2, a.3, b.1, b.3, b.4, b.5 y b.6, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, para los numerales a.3, b.1, b.3 y b.6 LA COMPAÑÍA procederá con la devolución de la prima correspondiente al periodo no devengado a EL ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de resolución de la Solicitud-certificado, Certificado o Póliza. En el caso de los numerales a.2, b.4 y b.5. corresponderá la devolución de la prima por el periodo no devengado, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud de resolución del contrato de seguro del ASEGURADO y/o CONTRATANTE, sin gestión adicional y deduciendo los gastos administrativos, en caso correspondan; los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y, adicionalmente, se encontraran precisados en el Condicionado Particular, Solicitud-Certificado o Certificado. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del CONTRATANTE o directamente al ASEGURADO, según corresponda.

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

4 ARTÍCULO N° 14: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

Según lo indicado en el Artículo N° 9 de las presentes Condiciones Generales, los términos y condiciones de la Póliza se definen basándose en la veracidad y exactitud de las declaraciones de EL CONTRATANTE y EL ASEGURADO. Si las declaraciones fueran inexactas o reticentes, es probable que LA COMPAÑÍA hubiera definido condiciones diferentes bajo conocimiento del verdadero estado del riesgo declarado. Es por ello, que LA COMPAÑÍA tiene derecho a declarar la nulidad del Certificado o Solicitud-certificado, siempre y cuando haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo N° 15 de este documento.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO y no han transcurrido dos años desde la celebración del contrato, se pueden producir las siguientes situaciones:

1. Si no ha ocurrido ningún siniestro: LA COMPAÑÍA podrá presentar una propuesta de revisión del Certificado o Solicitud-Certificado, en lo referente a un ajuste de primas y/o de cobertura, en un plazo de treinta (30) días desde la fecha en que se constató la declaración inexacta o reticente. ASEGURADO titular deberá aceptar o rechazar la propuesta en un plazo máximo de diez (10) días desde que le fue hecha. Si no se pronuncia o rechaza la propuesta, LA COMPAÑÍA podrá resolver el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda, comunicándoselo a EL ASEGURADO dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados. La resolución del Certificado o Solicitud-Certificado deberá ser informada luego a EL CONTRATANTE.

2. Si ha ocurrido algún siniestro: LA COMPAÑÍA reducirá el monto del pago del siniestro en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la prima que se debió aplicar si se hubiera conocido el verdadero estado del riesgo declarado.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La resolución del Certificado o Solicitud-Certificado deberá posteriormente ser comunicada a EL CONTRATANTE.

Nulidad De La Póliza

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 o Certificado de Seguro.

Será nulo todo Contrato o Solicitud- Certificado 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 Sinistro 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 y notificar de forma fehaciente 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 pagadas correspondientes.

La nulidad de la póliza, la Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda, 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 o 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, gastos debidamente sustentados 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 y deduciendo los gastos administrativos, en caso correspondan, los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y adicionalmente, estarán precisados en el Condicionado Particular, la Solicitud-Certificado o Certificado, en caso correspondan, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo, 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTÍCULO N° 16: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses, lo cual se revisará en el respectivo certificado o dictamen médico, así como, el pago del siniestro se realizará con base a dicha fecha de ocurrencia⁵. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis (6) meses mencionados anteriormente.

Para estos efectos, 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 a 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 podría 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 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. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado. Para solicitar la cobertura, EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro:

Documentos Obligatorios	muerte natural	muerte accidental	ITP por enfermedad	ITP por accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	x	x		
Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el médico que certifica la muerte en el domicilio.				
Partida o Acta de Defunción (original emitido por RENIEC o reproducción notarial)	x	x		
Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).				

⁵ Conforme lo ha indicado la Compañía, la ITP por enfermedad deberá tener seis (06) meses de continuidad desde la fecha del siniestro, lo cual se podrá verificar con los certificados o dictámenes médicos. En ese sentido, el siniestro se pagará desde la fecha de su ocurrencia.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú



Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mla
Luz FAU 25131370564 hard
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 04/07/2022 16:33:59
Nº de documento: RESOLUCIÓN SBS N 02103
- 2022 - SBS

Certificado de Necropsia 2 (original o certificación de reproducción notarial)		x		
Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.				
Protocolo de Necropsia 2 (copia simple)		x		
Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.				
Atestado Policial Completo 2 (copia simple)		x		x
Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.				
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico 2 (copia simple) (Puede estar incluido en el Atestado Policial)		x		x
Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico.				
Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.			x	x
Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (Para Créditos mayores a S/XX o USD XXX).	x		x	x
Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado.				
Monto Original y Saldo insoluto de la deuda sin incluir intereses, moras, comisiones o gastos, emitido por la entidad titular del derecho de crédito (original o copia simple)	x	x	x	x
Copia Certificada u original de la Partida Registral donde conste inscrito el Acta de	x	x		

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

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico, archivado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://servicios.sbs.gob.pe/VerificaSBS/validacion>, ingresando el siguiente Código de Verificación: VFUQZH-001

6/8





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Sucesión Intestada o el testamento del Asegurado.				
La Partida registral de inscripción de la sucesión intestada o del testamento se obtiene en las oficinas de Registros Públicos del país.				

1 El certificado de seguro o la solicitud-certificado pueden indicar la presentación de menos documentos obligatorios. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado o certificado de seguro.

2 Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que LA COMPAÑÍA requiera de un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, 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 solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta la compañía para consentir o rechazar el siniestro (previsto en el párrafo anterior) hasta que se presente lo solicitado

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este Artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.

ARTÍCULO N° 17: PAGO DE SINIESTRO

Una vez aprobado o consentido el siniestro, LA COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el pago del siniestro.

ARTÍCULO N° 20: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la Póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE.

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho de analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. Con su firma en la solicitud o solicitud – certificado de seguro EL ASEGURADO consiente la cláusula ahí contenida, según la cual a través de este procedimiento puede verse modificado su certificado (excepto en lo que se refiere a exclusiones y riesgos cubiertos). De proceder la modificación, la COMPAÑÍA entregará a EL CONTRATANTE la





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento de LOS ASEGURADOS con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a que entren en vigencia las modificaciones, a fin de que EL ASEGURADO pueda, si desea, manifestar su voluntad de resolver su certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda.

ARTÍCULO N° 22: 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 28: PLAZO DE PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES.

Las acciones fundadas en el presente seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro. Cuando el siniestro sea el de fallecimiento del asegurado, el plazo de prescripción anterior para el beneficiario, se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

Artículo 29: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y MODIFICACIONES CON OCASIÓN DE LA RENOVACIÓN.

La presente póliza es de renovación automática anual. En principio el contrato se renueva en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior. Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, 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 a la propuesta; en caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA. En este último caso LA COMPAÑÍA debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 05 de abril de 2023

RESOLUCIÓN SBS

N° 01235 - 2023

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros (en adelante la Compañía) con fecha 02 de diciembre de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Desgravamen Monto Original", registrado con Código SBS N° VI1787400002, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 2103-2022 de fecha 04 de julio de 2022.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 02 de diciembre de 2022, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación¹ del producto "Desgravamen Monto Original", registrado con Código SBS N° VI1787400002;

Que, a través de la Resolución SBS N° 2103-2022 de fecha 04 de julio de 2022, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal y masivo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

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 N° 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. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación, la Compañía no puede emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

¹ La Compañía ha manifestado que el presente producto ha dejado de ser comercializado o renovado en forma posterior a la entrada en vigencia de las disposiciones de la Resolución SBS N° 1147-2021, por lo que no corresponde adecuar el producto a lo establecido en esta última Resolución.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, por su parte, el artículo 17° del referido Reglamento 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 del Registro de Pólizas de Seguro, y 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, considerando que nos encontramos ante un producto de desgravamen, el cual es condición para contratar operaciones crediticias, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud, al derecho de arrepentimiento y a la revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, previstas en los incisos 2, 8 y 12, respectivamente, del párrafo 16.1 del 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 el Reglamento de Conducta;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de la condición mínima contemplada en el artículo 15 de las Condiciones Generales del producto "Desgravamen Monto Original", 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, Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de la condición mínima contemplada en el artículo 15 de las Condiciones Generales del producto "Desgravamen Monto Original", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 2103-2022 de fecha 04 de julio de 2022, solicitada por la Compañía, tal como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las modificaciones propuestas por la Compañía en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro. 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 "Desgravamen Monto Original", incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro, considerando que las modificaciones obedecen al cumplimiento de normas de carácter imperativo, las cuales resultan obligatorias desde su entrada en vigencia.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto “Desgravamen Monto Original” modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas, en el plazo de treinta (30) días calendario.

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 N° 12: PAGO DE LA PRIMA Y CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO

(...)

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura de 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 a EL ASEGURADO y a EL CONTRATANTE sobre el incumplimiento de pago de la prima y sus consecuencias, así como, sobre el plazo del que dispone para pagar antes que se suspenda la cobertura del seguro. Dicha comunicación se realizará de forma directa o a través del COMERCIALIZADOR, a la dirección consignada en la Solicitud o Solicitud-Certificado de Seguro. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si ocurriese un siniestro mientras haya incumplimiento de pago, pero dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura; se pagará el siniestro deduciendo el monto de la prima adeudada.

Si la cobertura se encuentra suspendida por incumplimiento de pago, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Certificado o Solicitud-Certificado de Seguro, según corresponda. Para tal efecto, comunicará por escrito a EL ASEGURADO su decisión de resolver el Certificado o Solicitud-Certificado por falta de pago de prima, con treinta (30) días calendario de anticipación, contados desde que EL ASEGURADO recibe tal comunicación; pasados los cuales operará la resolución. Una vez resuelto LA COMPAÑÍA deberá notificar la resolución a EL CONTRATANTE.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que EL CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.

Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en el Certificado o Solicitud-Certificado para el pago de la prima, se entiende que el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda, queda extinto.

En caso de resolución o extinción, LA COMPAÑÍA podrá realizar la cobranza de una o más cuotas impagas, incluyendo los gastos de cobranza debidamente sustentados y/o intereses generados por el incumplimiento, a través de un proceso judicial o arbitral.

ARTÍCULO N° 15: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO

(...)

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° 12 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo anterior a la suspensión de la cobertura.

2. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL CONTRATANTE debiendo comunicarlo a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó o se declararon, según corresponda, para la contratación del seguro. Si EL CONTRATANTE opta por la resolución esta opera desde la fecha





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de notificada la solicitud de resolución a LA COMPAÑÍA, esta última tiene derecho a la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto.

3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA opta por resolver el contrato. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL CONTRATANTE. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

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

1. Cuando se solicite la cobertura fraudulentamente de acuerdo con lo señalado en el artículo 18 de este Condicionado General². 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 esta póliza para la evaluación de solicitud de cobertura, según lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley de Contrato de Seguro. 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 12 de estas Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo cubierto anterior a la suspensión de la cobertura.

3. Si durante el plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA opta por resolver el Certificado o la solicitud-certificado. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución a EL ASEGURADO. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del Certificado o la solicitud-certificado original.

4. Por ejercicio del derecho de resolución del certificado o solicitud-certificado, por modificaciones autorizadas por EL CONTRATANTE en la póliza y en los certificados o solicitud-certificados, utilizando cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios, que se ponen a su disposición en la Solicitud - Certificado o Certificado de Seguro. Para efectos de la resolución, EL ASEGURADO deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

5. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de EL ASEGURADO debiendo comunicarlo a la otra parte utilizando cualquiera de los mecanismos de comunicación dispuestos por LA COMPAÑÍA, detallados en este documento o en el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda. Si EL ASEGURADO opta por la resolución, esta opera desde la fecha de notificada la solicitud de resolución a LA COMPAÑÍA, esta última tiene derecho a la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto.

6. Por declaración inexacta o reticente, siempre que está se hubiera producido sin dolo o culpa inexcusable, según el procedimiento establecido en el Artículo 14 de estas Condiciones Generales³.

² ARTÍCULO N° 18: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTA

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se procederá a resolver la presente póliza. LA COMPAÑÍA deberá comunicar al BENEFICIARIO su decisión de rechazar la cobertura y resolver la misma, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios desde la entrega de la documentación obligatoria completa listada en esta póliza para la evaluación de la solicitud de cobertura, salvo que LA COMPAÑÍA haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro. La presente causal de resolución produce la liberación LA COMPAÑÍA de cualquier obligación de cobertura desde el momento que se presente dicha situación.

³ ARTÍCULO N° 14: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En los numerales a.1 y b.2, donde la causa de la resolución es la falta de pago de primas, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el periodo transcurrido hasta la suspensión de la cobertura.

En los numerales, a.2, a.3, b.1, b.3, b.4, b.5 y b.6, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, para los numerales a.3, b.1, b.3 y b.6 LA COMPAÑÍA procederá con la devolución de la prima correspondiente al periodo no devengado a EL ASEGURADO o CONTRATANTE, según corresponda, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de resolución de la Solicitud-certificado, Certificado o Póliza. En el caso de los numerales a.2, b.4 y b.5, corresponderá la devolución de la prima por el periodo no devengado, en un plazo de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud de resolución del contrato de seguro del ASEGURADO y/o CONTRATANTE, sin gestión adicional y deduciendo los gastos administrativos, en caso correspondan; los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y, adicionalmente, se encontraran precisados en el Condicionado Particular, Solicitud-Certificado o Certificado. La devolución de la prima no devengada se realizará a través del CONTRATANTE o directamente al ASEGURADO, según corresponda.

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

La resolución del Certificado o Solicitud-Certificado deberá posteriormente ser comunicada a EL CONTRATANTE.

Nulidad De La Póliza

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 o Certificado de Seguro.

Será nulo todo Contrato o Solicitud- Certificado 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 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 Compañía⁴.

(...)

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO y no han transcurrido dos años desde la celebración del contrato, se pueden producir las siguientes situaciones:

1. Si no ha ocurrido ningún siniestro: LA COMPAÑÍA podrá presentar una propuesta de revisión del Certificado o Solicitud-Certificado, en lo referente a un ajuste de primas y/o de cobertura, en un plazo de treinta (30) días desde la fecha en que se constató la declaración inexacta o reticente. ASEGURADO titular deberá aceptar o rechazar la propuesta en un plazo máximo de diez (10) días desde que le fue hecha. Si no se pronuncia o rechaza la propuesta, LA COMPAÑÍA podrá resolver el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda, comunicándose a EL ASEGURADO dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados. La resolución del Certificado o Solicitud-Certificado deberá ser informada luego a EL CONTRATANTE.

(...)

⁴ ARTÍCULO N° 14: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

Según lo indicado en el Artículo N° 9 de las presentes Condiciones Generales, los términos y condiciones de la Póliza se definen basándose en la veracidad y exactitud de las declaraciones de EL CONTRATANTE y EL ASEGURADO. Si las declaraciones fueran inexactas o reticentes, es probable que LA COMPAÑÍA hubiera definido condiciones diferentes bajo conocimiento del verdadero estado del riesgo declarado. Es por ello, que LA COMPAÑÍA tiene derecho a declarar la nulidad del Certificado o Solicitud-certificado, siempre y cuando, haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo N° 15 de este documento.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En el supuesto indicado en el párrafo anterior, la Compañía deberá invocar la causal y notificar de forma fehaciente 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 pagadas correspondientes.

La nulidad de la póliza, la Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda, 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 o 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, gastos debidamente sustentados 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 y deduciendo los gastos administrativos, en caso correspondan, los mismos que serán debidamente sustentados mediante comunicación escrita a la parte correspondiente y adicionalmente, estarán precisados en el Condicionado Particular, la Solicitud-Certificado o Certificado, en caso correspondan, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo, 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 N° 16: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses, lo cual se revisará en el respectivo certificado o dictamen médico, así como, el pago del siniestro se realizará con base a dicha fecha de ocurrencia⁵. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis (6) meses mencionados anteriormente.

Para estos efectos, 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 a 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 podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las

(...)

⁵ Conforme lo ha indicado la Compañía, la ITP por enfermedad deberá tener seis (06) meses de continuidad desde la fecha del siniestro, lo cual se podrá verificar con los certificados o dictámenes médicos. En ese sentido, el siniestro se pagará desde la fecha de su ocurrencia.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza 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. Si el incumplimiento del plazo obedece a dolo del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pierde el derecho a ser indemnizado. Para solicitar la cobertura, EL ASEGURADO, el BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro:

Documentos Obligatorios	muerte natural	muerte accidental	ITP por enfermedad	ITP por accidente
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial). Se obtiene en el centro médico donde fallece el ASEGURADO o es emitido por el medico que certifica la muerte en el domicilio.	X	X		
Partida o Acta de Defunción (original emitido por RENIEC o reproducción notarial) Se obtiene en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).	X	X		
Certificado de Necropsia ² (original o certificación de reproducción notarial) Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		X		
Protocolo de Necropsia ² (copia simple) Se realiza la solicitud en el Ministerio Público – Fiscalía de la Nación en el Instituto de Medicina Legal.		X		
Atestado Policial Completo ² (copia simple) Se solicita en la Comisaría donde se formuló la denuncia.		X		X
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ² (copia simple) (Puede estar incluido en el Atestado Policial) Se obtiene en la Comisaría donde se formuló la denuncia. El dosaje etílico es un documento emitido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú. El estudio Químico de toxicología es emitido por el Instituto de		X		X





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Medicina Legal del Ministerio Público, y es adicional al Dosaje etílico.				
Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial.			X	X
Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (Para Créditos mayores a S/XX o USD XXX). Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado se ha tratado.	X		X	X
Monto Original y Saldo insoluto de la deuda sin incluir intereses, moras, comisiones o gastos, emitido por la entidad titular del derecho de crédito (original o copia simple)	X	X	X	X
Copia Certificada u original de la Partida Registral donde conste inscrito el Acta de Sucesión Intestada o el testamento del Asegurado. La Partida registral de inscripción de la sucesión intestada o del testamento se obtiene en las oficinas de Registros Públicos del país.	X	X		

¹El certificado de seguro o la solicitud-certificado pueden indicar la presentación de menos documentos obligatorios. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado o certificado de seguro.

²Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que LA COMPAÑÍA requiera de un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o beneficiario, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, 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 solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta la compañía para consentir o rechazar el siniestro (previsto en el párrafo anterior) hasta que se presente lo solicitado

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este Artículo, se entenderá que el siniestro queda consentido.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTÍCULO N° 17: PAGO DE SINIESTRO

Una vez aprobado o consentido el siniestro, LA COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el pago del siniestro.

ARTÍCULO N° 20: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la Póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE.

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho de analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. Con su firma en la solicitud o solicitud-certificado de seguro, EL ASEGURADO consiente la cláusula ahí contenida, según la cual a través de este procedimiento puede verse modificado su certificado (excepto en lo que se refiere a exclusiones y riesgos cubiertos). De proceder la modificación, la COMPAÑÍA entregará a EL CONTRATANTE la documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento de LOS ASEGURADOS con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a que entren en vigencia las modificaciones, a fin de que EL ASEGURADO pueda, si desea, manifestar su voluntad de resolver su certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda.

ARTÍCULO N° 22: 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 28: PLAZO DE PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES.

Las acciones fundadas en el presente seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro. Cuando el siniestro sea el de fallecimiento del asegurado, el plazo de prescripción anterior para el beneficiario, se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

Artículo 29: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y MODIFICACIONES CON OCASIÓN DE LA RENOVACIÓN.

La presente póliza es de renovación automática anual. En principio el contrato se renueva en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior. Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, 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 a la propuesta; en caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA. En este último caso LA COMPAÑÍA debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

