



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 06 SET. 2018

Resolución S.B.S

N° 3454-2018

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros (en adelante la Compañía) con fecha 03 de mayo de 2018, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante, la Ley de seguros, el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, en adelante Reglamento de Transparencia, y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, aprobado mediante Resolución SBS N° 7044-2014 y sus modificatorias, en adelante Reglamento de Registro, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo";

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

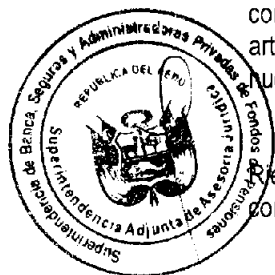
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos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

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 esta Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, no aplica al "Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo", el derecho de arrepentimiento, por cuanto el mismo será comercializado a través de corredores y promotores de seguros. Asimismo, no aplica al presente producto la condición mínima





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro, toda vez que se trata de un seguro obligatorio regulado por su normatividad especial, en el que la Ley de Seguros corresponde ser aplicada de manera supletoria;

Que, de la misma manera, las condiciones referidas al derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto a las modificaciones de las condiciones contractuales durante la vigencia del contrato y su derecho de aceptarlos o no; la obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74 de la Ley de Seguros; los mecanismos de solución de controversias; así como los efectos del incumplimiento del pago de la prima, son aprobados en el marco de la normativa especial que regula este seguro obligatorio;

Estando a lo opinado por el Departamento de Asesoría y Supervisión Legal y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General; la Ley de Seguros, el Reglamento de Transparencia y el Reglamento de Registro;

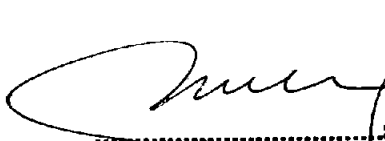
RESUELVE:

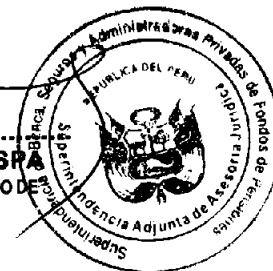
Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo", presentadas por La Compañía. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° AE1787700020.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso la Compañía decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los 60 días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

10. TASA:

(...)

La COMPAÑÍA podrá modificar la tasa de acuerdo con el numeral 24.6 del artículo 24 del Decreto Supremo N°003-98 SA y artículos 60 y 61 de la Ley de Contrato de Seguro por agravamiento del riesgo. Asimismo, la COMPAÑÍA y el Contratante podrán acordar la revisión de las tasas en cualquier momento y sería reajustada según el índice de siniestralidad o nivel de riesgo.

Para el reajuste de la tasa de la prima, LA COMPAÑÍA deberá cursar a EL CONTRATANTE, con una anticipación no menor a 30 días calendarios previos a la vigencia de la nueva tasa, una comunicación escrita manifestando las nuevas condiciones de contratación.

EL CONTRATANTE, de no estar de acuerdo con el reajuste realizado, tendrá un plazo de 30 días calendarios para manifestarse en ese sentido. Vencido este plazo obteniendo respuesta negativa al reajuste o no habiéndose manifestado al respecto, LA COMPAÑÍA podrá resolver el contrato de pleno derecho.

12. PAGO DE LAS PRIMAS:

(...)

Queda expresamente establecido que la falta de pago total o parcial de la prima convenida, es causal de suspensión automática de la cobertura, a menos que LA COMPAÑÍA haya otorgado al Contratante un plazo adicional, el cual necesariamente deberá constar por escrito y no ser mayor de 30 (treinta) días calendario, en cuyo caso la suspensión automática se producirá si vencido dicho nuevo plazo el Contratante no ha cumplido con abonar la prima respectiva. Producida la suspensión automática y mientras esté suspendida la cobertura, LA COMPAÑÍA continuará obligada a otorgar las prestaciones que se generen durante el período de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra EL CONTRATANTE por el costo de las mismas.

Producida la suspensión automática por falta de pago, LA COMPAÑÍA podrá resolver el presente contrato, para lo cual deberá enviar una carta al Contratante con una anticipación no menor de 30 (treinta) días calendario a la fecha en que se hará efectiva esta resolución. Producida esta resolución, LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad.

16. CAUSALES DE RESOLUCIÓN Y NULIDAD

16.1 Son causales de resolución de la presente póliza:

a) La negativa del CONTRATANTE en proporcionar exámenes médicos y/o declaración de salud al inicio de vigencia de la presente póliza o al momento de la incorporación de un nuevo trabajador





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ASEGURADO, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7¹ de las presentes Condiciones Generales.

b) El incumplimiento del CONTRATANTE de su deber de proporcionar a la COMPAÑÍA información médica de los ASEGURADOS durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los ASEGURADOS, ya sean estos trabajadores activos o cesados, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

c) El incumplimiento del CONTRATANTE respecto de practicar a sus trabajadores ASEGURADOS exámenes médicos solicitados por la COMPAÑÍA, como máximo dos veces en un periodo de 12 meses, a los trabajadores, de conformidad con lo establecidos en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

d) Si el CONTRATANTE manifiesta su rechazo o no se pronuncia en un plazo de quince (15) días respecto del reajuste de la tasa propuesto por LA COMPAÑÍA, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 21² de las presentes Condiciones Generales o no comunicar cambios en el centro de trabajo conforme al Artículo 15 inciso c)³ también de las presentes Condiciones Generales.

1⁷ EVALUACION MEDICA:

LA COMPAÑÍA no aplicará ningún mecanismo de selección entre los trabajadores a asegurar; sin embargo, podrá requerir al Contratante la realización y entrega de exámenes médicos ocupacionales y/o declaración de salud sobre los Trabajadores, previo a la celebración del contrato, así como al momento de la incorporación de un nuevo Asegurado, ello con el fin de establecer la delimitación de cobertura a los Asegurados que ostenten una condición de invalidez previa a la contratación de la presente póliza.

En caso que LA COMPAÑÍA solicite la realización y entrega de exámenes médicos y/o declaración de salud sobre los Asegurados, la negativa en proporcionarlos antes de la celebración del contrato conllevará a que éste no sea celebrado. En el caso que el Contratante solicite la inclusión de nuevos Asegurados a ser declarados, su incorporación a la póliza estará condicionada a la realización y entrega de exámenes médicos y/o declaración de salud sobre dichos trabajadores a fin de delimitar la cobertura.

El Contratante está obligado a proporcionar a LA COMPAÑÍA la información médica de los Asegurados durante la vigencia de la presente póliza- para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios o por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los Asegurados.

El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza, para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación escrita al Contratante con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. Asimismo, el Contratante deberá proporcionar a LA COMPAÑÍA información médica al fin de la vigencia de la presente póliza, a efectos de delimitar la cobertura ante la contratación de una nueva compañía de seguros o de atender solicitudes de beneficios.

Sin perjuicio de las evaluaciones a las que el Contratante esté obligado a practicar a sus trabajadores por norma laboral o de su sector, LA COMPAÑÍA, durante la vigencia del presente contrato podrá disponer que se practiquen exámenes médicos, como máximo dos veces en un periodo de 12 (doce) meses, a los Asegurados del Contratante, debiendo este y los Asegurados brindar las facilidades necesarias.

El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. La cobertura de la póliza se podrá rehabilitar únicamente si el Contratante cumple con el requerimiento de LA COMPAÑÍA, antes de recibir la comunicación en que se le informe la decisión de resolver el contrato de seguro.

2²¹ AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

El Contratante deberá informar a LA COMPAÑÍA, respecto de los cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación del riesgo, en un plazo máximo de 48 horas de ocurrido. Cursado el aviso, LA COMPAÑÍA tendrá un plazo de quince (15) días calendario para comunicar al Contratante su decisión de mantener la cobertura sin reajuste de primas o proponer el reajuste de las mismas o exigir las medidas de protección o prevención que correspondan.

Vencido este plazo, se entenderá que ha optado por mantener la cobertura sin reajuste de primas y sin exigir las medidas de protección y prevención antes señaladas. En caso que el Contratante no se encuentre de acuerdo con el reajuste de las primas o las medidas de protección o prevención exigidas, podrá resolver el contrato concertando la cobertura con otra aseguradora.

Asimismo, es facultad de LA COMPAÑÍA aplicar el reajuste de primas en el caso del incumplimiento por parte del Contratante de las medidas de prevención y control de riesgo, entre las que se encuentran la remisión de la información médica a la que se hace referencia el artículo siete (7) de este condicionado. Este reajuste será aplicable en los términos señalados en la presente cláusula.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

e) Por falta de pago de primas, de conformidad con lo establecido en el Artículo 12 de las presentes Condiciones Generales; y/o por omisión a la declaración y/o presentación de la planilla de remuneraciones de trabajadores, necesaria para emitir la liquidación de prima, dentro de los plazos establecidos por LA COMPAÑÍA.

f) Por incumplimiento del plazo para realizar el aviso de un siniestro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 17^a de las presentes Condiciones Generales, así como de cualquier otro deber del CONTRATANTE establecido en el Artículo 15 de las presentes Condiciones Generales.

El término agravación del riesgo también comprende el incremento de la siniestralidad, por lo que LA COMPAÑÍA también podrá reajustar la tasa en función al índice de siniestralidad, debiendo comunicar al Contratante en los mismos plazos mencionados en el primer párrafo del presente artículo.

15 DEBERES DEL CONTRATANTE:

Son deberes del Contratante los siguientes:

- Procurar el cuidado integral de los Asegurados y de los ambientes de trabajo.
 - Diseñar y ejecutar programas de salud ocupacional y seguridad industrial.
 - Informar a LA COMPAÑÍA sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales detectadas en sus centros de trabajo, según lo indicado en la cláusula diecisiete (17); así como los cambios que se produzcan en sus centros de trabajo en materia de procesos de fabricación; y los ingresos, incapacidades, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios y ceses de sus Asegurados, según la cláusula veintidos (22).
 - Facilitar la capacitación de los Asegurados del centro de trabajo en materia de salud ocupacional y seguridad industrial.
 - Las demás obligaciones previstas en la legislación laboral y otras normas sobre salud ocupacional y seguridad industrial.
 - Cumplimiento estricto de las medidas de seguridad y control de riesgo requeridos por LA COMPAÑÍA para la vigencia de la presente póliza o ante cualquier modificación del riesgo, así como de las medidas de prevención. El cumplimiento de dichas medidas de seguridad y control de riesgo deberán ser implementadas en el plazo indicado por LA COMPAÑÍA en el correspondiente informe o requerimiento y deberán ser mantenidas durante la vigencia de la presente póliza. De este modo, la vigencia de la cobertura pueda estar supeditada a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio.
 - Permitir el acceso y brindar las facilidades del caso, sin restricción alguna, a los funcionarios o representantes de LA COMPAÑÍA a fin de realizar las inspecciones necesarias cuando ésta lo estime conveniente y/o para verificar los riesgos informados por el Contratante.
 - Practicar exámenes médicos pre-ocupacionales, anuales y de retiro (al término de la relación laboral) a sus Asegurados, acordes con los riesgos a los que están expuestos en sus labores. Los resultados de estos exámenes médicos deben estar a disposición de LA COMPAÑÍA, a fin de que puedan ser presentados en un proceso judicial o arbitral promovido por el Asegurado.
 - Facilitar a LA COMPAÑÍA, de ser el caso, la realización de un examen médico o la obtención de una declaración de salud del Asegurado al momento de contratar el seguro, con la finalidad de delimitar la cobertura correspondiente a los Asegurados que ostenten una condición de invalidez previa al seguro, conforme a lo establecido en el artículo 8° del D.S. 003-98-SA.
 - Asimismo, queda establecido que, en caso de cese de Asegurados, el Contratante se compromete a proporcionar a LA COMPAÑÍA en un plazo no mayor de 50 días calendario, el examen médico de retiro del Asegurado, a fin de determinar su estado de salud al momento del cese del vínculo laboral. En caso contrario, deberá presentar copia del cargo de la convocatoria al Asegurado para la realización del examen médico de retiro.
 - Entregar al Asegurado el certificado de seguro correspondiente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, con el fin de salvaguardar su derecho a la información en razón a su condición del Asegurado.
 - Los demás deberes derivados de las cláusulas de la presente póliza que impliquen contribuir con la COMPAÑÍA a la determinación de la procedencia de la cobertura del siniestro y no contribuir al agravamiento del riesgo.
- La vigencia de la cobertura de la presente póliza quedará supeditada al cumplimiento de estos deberes y a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio, considerando lo señalado en la cláusula tercera de este condicionado, así como las exigidas por LA COMPAÑÍA por escrito en condiciones particulares, endosos o anexos que formarán parte integrante de la presente póliza. El incumplimiento de los deberes listados en el presente Artículo, constituirá causal de resolución de la presente póliza.

17 AVISO DE SINIESTROS:

El CONTRATANTE cursará un aviso escrito a la COMPAÑÍA, dentro de las 48 horas siguientes, o en un plazo mayor que sea razonable de la ocurrencia de todo accidente de trabajo que pueda dar lugar o no a una reclamación bajo esta póliza, el cual incluirá necesariamente información sobre la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad, domicilio y labor desempeñada por el ASEGURADO que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancia en que éste ocurrió, así como el nombre y domicilio de los testigos.

En caso de enfermedad profesional, el CONTRATANTE comunicará por escrito a la COMPAÑÍA, dentro del plazo de 48 horas, o en un plazo mayor que sea razonable, el diagnóstico de la enfermedad profesional o la ocurrencia que la evidencie, lo que ocurra primero.

El CONTRATANTE será responsable de los daños y perjuicios que se generen como consecuencia del incumplimiento en cursar oportunamente este aviso, sin perjuicio del derecho de la COMPAÑÍA de resolver el contrato de seguro; para lo cual la COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 días de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte debiendo los sucesores o beneficiarios prestar su conformidad y su concurso, si fueren imprescindibles,





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Producida la causal de resolución, LA COMPAÑÍA podrá comunicar con 30 días de anticipación al CONTRATANTE su decisión de resolver la presente póliza. Ello sin perjuicio de que EL CONTRATANTE será responsable de los daños y perjuicios que deba asumir la COMPAÑÍA como consecuencia del incumplimiento de los deberes antes listados.

Como consecuencia de la resolución de la póliza, la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo pasará a la OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA o a la Compañía de Seguros que elija el CONTRATANTE.

Se deja expresa constancia que LA COMPAÑÍA devolverá al CONTRATANTE la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el CONTRATANTE deberá solicitar por escrito ante LA COMPAÑÍA la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por LA COMPAÑÍA, no se requerirá de una solicitud por parte de EL CONTRATANTE, procediendo LA COMPAÑÍA a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de resolución.

Asimismo, transcurrido el primer año de vigencia, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza sin expresión de causa, a través de una comunicación escrita dirigida a la COMPAÑÍA con por lo menos noventa (90) días de anticipación.

16.2. Además de las causales de resolución antes listadas, se deja expresa constancia que el presente contrato será nulo por declaración inexacta o reticente efectuada por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, que hubiere impedido la celebración de la presente póliza o modificado sus condiciones, si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo y media dolo o culpa inexcusable. EN este supuesto, LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas, disminuidas en un monto máximo equivalente a las primas correspondientes al primer año de vigencia de la póliza y de conformidad con el procedimiento establecido para la devolución de primas en caso de resolución.

18. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA:

18.1 PENSIÓN O INDEMNIZACIÓN DE INVALIDEZ:

Para la obtención de la pensión o indemnización de invalidez el Asegurado deberá igualmente dirigirse directamente a la COMPAÑÍA, con sujeción al siguiente procedimiento:

18.1.1 Presentará una solicitud en los formatos proporcionados por la COMPAÑÍA, acompañada de la siguiente documentación e información:

- a)** Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente (original o certificación de reproducción notarial)
- b)** Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones del alta o baja del paciente (original o certificación de reproducción notarial)

para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los sucesores o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de la COMPAÑÍA.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

c) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud (copia simple).

d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo del ESSALUD. En caso que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión. (Original)

18.1.2 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑIA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez (10) días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión. La COMPAÑIA está facultada a evaluar al ASEGURADO para verificar la condición de invalidez y determinar el menoscabo de la capacidad de trabajo de éste.

18.1.3 En caso de existir discrepancias respecto de la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

18.1.4 Si las discrepancias no versaran sobre la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el asunto podrá ser directamente sometido a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

18.1.5 La COMPAÑIA procederá a pagar la pensión del ASEGURADO que no hubiere impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 19 de las Condiciones Generales. Así mismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de la pensión que corresponda dentro del plazo señalado en el Artículo 19.

18.1.6 En caso que la invalidez total o parcial sea de naturaleza temporal, una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad, será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también temporal, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

18.1.7 En caso que la invalidez, total o parcial, sea de naturaleza permanente, la COMPAÑIA pagará la pensión que corresponda, pero solicitará al Instituto Nacional de Rehabilitación la emisión de nuevos dictámenes anuales una vez transcurrido el plazo de un (1) año contado desde la fecha del primer dictamen. No obstante, lo antes expuesto, se podrá prescindir de dicha solicitud, cuando la COMPAÑIA determine que la invalidez es definitiva; o cuando lo considere conveniente.

18.1.8 En caso se determinara que un caso de la invalidez, total o parcial, que está siendo pagado por la COMPAÑIA, no mantuviera dicha condición, la COMPAÑIA podrá suspender el pago de la pensión correspondiente, previa evaluación médica a cargo de la COMPAÑIA. El Asegurado se compromete a pasar por dichas evaluaciones. En este caso se procederá conforme a lo indicado en el punto 18.1.3





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de las presentes Condiciones Generales.

18.1.9 Se deja expresa constancia que no existe plazo de prescripción para solicitar el otorgamiento de una pensión de invalidez. Las indemnizaciones por invalidez prescriben a los diez (10) años contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, en caso de accidente de trabajo, o de la fecha de configuración de la invalidez, en caso de enfermedad profesional.

18.2 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:

Para obtener Pensión de Supervivencia, los BENEFICIARIOS se dirigirán directamente a la COMPAÑIA, solicitando la que le corresponda, con sujeción al siguiente procedimiento:

18.2.1 Presentarán la Solicitud de Pensión en el formato proporcionado por la COMPAÑIA, adjuntando el original o copia certificada de la siguiente información y documentación:

- a)** Certificado Médico de defunción. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)
- b)** Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento del ASEGURADO es a consecuencia de un accidente. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)
- c)** Solicitud de Pensión de Supervivencia acompañada de la documentación completa correspondiente a la acreditación de Beneficiarios con derecho a pensión según los procedimientos establecidos en el Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones.
- d)** Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las remuneraciones percibidas por el ASEGURADO durante los 12 meses anteriores al siniestro. En caso que el ASEGURADO cuente con una vida laboral activa menor a 12 meses, se acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados en función de los cuales se calculará la pensión. (Original)

18.2.2 El plazo de presentación de beneficiarios de pensiones de supervivencia es de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO. Los beneficiarios que se presenten después de este plazo, no perderán su derecho a las pensiones de supervivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión.

18.2.3 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑIA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de invalidez del BENEFICIARIO, en su caso, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión.

18.2.4 En caso de existir discrepancias respecto de la condición de inválido del BENEFICIARIO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, podrá solicitar la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, cuyo laudo tendrá el carácter de cosa juzgada.

18.2.5 Si las discrepancias no versaran sobre la condición de invalidez del BENEFICIARIO, el asunto podrá ser directamente sometido a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

18.2.6 La COMPAÑÍA procederá a pagar las pensiones de los BENEFICIARIOS que no hubieren impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 26 del Decreto Supremo N° 003-918- SA, es decir, LA COMPAÑÍA pagará directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO(S) las pensiones que se devenguen, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o del Laudo Arbitral, en su caso

Respecto a los Gastos de Sepelio serán pagados a más tardar dentro de los 10 días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO o la notificación del Laudo Arbitral, en su caso.

Asimismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑÍA procederá al pago de las pensiones que correspondan conforme a lo indicado en el Artículo 19 de las presentes Condiciones Generales.

18.2.7 Actualmente el plazo de prescripción para solicitar una pensión de sobrevivencia es de 10 años contados desde la fecha en que los BENEFICIARIOS toman conocimiento de la existencia del beneficio. Sin perjuicio de lo antes indicado, se deja expresa constancia que se aplicará el plazo de prescripción vigente a la fecha de presentación de la solicitud de cobertura.

18.3 GASTOS DE SEPELIO:

Las personas que reclamen Gastos de Sepelio, deberán presentar a la COMPAÑÍA, una solicitud de reembolso en los formatos proporcionados por aquella, adjuntando los siguientes documentos:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado. (Original o certificación de reproducción notarial)
- b) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. (Original o certificación de reproducción notarial)

Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

18.3.1 La COMPAÑÍA evaluará directamente la procedencia del reclamo, pronunciándose en el plazo de diez (10) días calendario.

18.3.2 En caso de existir discrepancias respecto de este beneficio la cuestión será resuelta en forma definitiva por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

18.3.3 La COMPAÑÍA pagará el beneficio que corresponda una vez consentida su decisión o resuelta las discrepancias surgidas, en el plazo señalado en el artículo siguiente.

18.3.4 Actualmente el plazo de prescripción para solicitar el reembolso de los gastos de sepelio es de diez (10) años contados desde la fecha en que los BENEFICIARIOS toman conocimiento de la existencia del beneficio. Sin perjuicio de lo antes indicado, se deja expresa constancia que se aplicará el plazo de prescripción vigente a la fecha de presentación de la solicitud de cobertura.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

LA COMPAÑÍA pagará directamente al Asegurado o a sus Beneficiarios las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al Asegurado o a sus Beneficiarios, o de notificada la resolución judicial, laudo arbitral o resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación, según corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los Beneficiarios menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de Beneficiarios declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de LA COMPAÑÍA o la entidad que ésta designe

19. CÁLCULO Y PAGO DE LAS COBERTURAS DE SOBREVIVENCIA E INVALIDEZ

Las pensiones de invalidez y sobrevivencia o las indemnizaciones de invalidez, serán calculadas sobre la Remuneración Mensual del Asegurado tal como se define en esta póliza, aplicándose los mismos límites, requisitos, criterios y procedimientos vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones para todo aquello que no se encuentre regulado en forma especial por el Decreto Supremo 003-98-SA y normas concordantes.

Las pensiones o indemnización de invalidez a favor del Asegurado se devengarán desde el día siguiente de finalizado el período de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

Las pensiones de sobrevivencia se devengarán en la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO, siempre que los beneficiarios se presenten dentro de los 120 días siguientes, en caso contrario, las pensiones se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión

La COMPAÑÍA pagará directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO las pensiones o indemnización que se devenguen en virtud de la presente póliza, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará dentro de los diez días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o del Laudo Arbitral, en su caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los BENEFICIARIOS menores de edad, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos, deberá pagarse a la persona llamada por la ley. Los Gastos de Sepelio serán pagados a más tardar dentro de los 10 días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO o la notificación del Laudo Arbitral, en su caso.

La mora en el pago de las prestaciones es automática desde el día de su vencimiento, devengando intereses moratorios a razón de la tasa de interés legal en favor del pensionista, salvo que el atraso se





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

origine por responsabilidad del ASEGURADO o de los BENEFICIARIOS en el cumplimiento de las obligaciones que fueren de su cargo.

28. MODIFICACION DE CONDICIONES DEL CONTRATO

Cualquier modificación en el riesgo, en los porcentajes de pensión o en las prestaciones que otorgue mayores beneficios generará el correlativo reajuste de primas. Asimismo, LA COMPAÑÍA queda facultada a modificar la prima por el resultado de riesgo efectivo.

Lo indicado también es aplicable para la modificación de cualquier término y condición de la póliza, salvo indicación normativa específica sobre el particular.

Las modificaciones que se realicen durante la vigencia de la Póliza deberán realizarse conforme a lo previsto en el artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, con la conformidad del Contratante. En este sentido, durante la vigencia de la póliza no pueden realizarse modificaciones sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta de LA COMPAÑÍA y tomar una decisión dentro del plazo de 30 días desde comunicada la misma; siendo que la falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato. Se exceptúan de esta regla los supuestos de modificación por agravación del riesgo que se rigen por lo dispuesto en el párrafo siguiente.

Las modificaciones producto de hechos o circunstancias que agraven el riesgo de LOS ASEGURADOS y sean de tal magnitud que si son conocidas por LA COMPAÑÍA al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas, deberán realizarse siguiendo el procedimiento previsto en el artículo 21 de las presentes condiciones generales, y en los artículos 60 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 15 de septiembre de 2022

RESOLUCIÓN SBS **N° 02839-2022**

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros (en adelante la Compañía) con fecha 15 de setiembre de 2021, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, registrado con Código SBS N° AE1787700020, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 3454-2018 de fecha 06 de setiembre de 2018.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 15 de setiembre de 2021, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, registrado con Código SBS N° AE1787700020;

Que, a través de la Resolución SBS N° 3454-2018 de fecha 06 de setiembre de 2018, 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 obligatorio y personal, 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;

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 la condición(es) mínima(s) solicitada(s);





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, sin perjuicio de lo anterior, conforme a lo previsto en el Artículo I de las Disposiciones Generales de la Ley de Seguros, la aplicación de la citada Ley y demás normas reglamentarias, es de carácter supletorio en el caso de los seguros obligatorios, y/o que se encuentren regulados por leyes especiales, tal como el producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, el cual se rige según lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, así como por las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98-SA, sus normas modificatorias y/o sustitutorias;

Que, en dicho contexto no resultan de aplicación al producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, las condiciones mínimas relativas al derecho de arrepentimiento, a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro, de renovación de la póliza, ni de revocación del consentimiento del asegurado cuando el contratante sea distinto al asegurado, toda vez que la contratación del referido producto responde al cumplimiento de una obligación normativa aplicable a los empleadores, según lo dispuesto en el artículo 5 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98-SA; sus normas modificatorias y/o sustitutorias;

Que, el producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo” no presenta la condición mínima relativa a la nulidad del contrato, en atención a que la normativa especial aplicable no contempla dicho supuesto;

Que, de la misma manera, las condiciones referidas al derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto a las modificaciones de las condiciones contractuales durante la vigencia del contrato y su derecho de aceptarlas o no, la obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74 de la Ley de Seguros, los mecanismos de solución de controversias, así como los efectos del incumplimiento del pago de la prima, son aprobados en el marco de la normativa especial que regula este seguro obligatorio;

Que, la presente resolución aprueba la condición mínima 31, así como la modificación de las previstas en los artículos 11, 15, 17, 18, y 27 (antes, 12, 16, 18, 19, y 28 respectivamente) de las Condiciones Generales del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, 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 de Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la condición mínima 31, así como la modificación de las previstas en los artículos 11, 15, 17, 18, 27 (antes, 12, 16, 18, 19, y 28 respectivamente) de las Condiciones Generales del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo” cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 3454-2018





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de fecha 06 de setiembre de 2018, solicitada por la Compañía; como consta 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 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 Complementario de Trabajo de Riesgo”, 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 de póliza correspondiente al producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo” 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

11. PAGO DE LAS PRIMAS:

El Contratante deberá pagar la prima mensual dentro de los 30 días calendario siguiente a la fecha de emisión de la póliza. El pago se podrá efectuar directamente en las entidades financieras designadas por LA COMPAÑÍA o a través de los medios que LA COMPAÑÍA ponga a su disposición según lo señalado en el Condicionado Particular de la póliza.

Queda expresamente establecido que la falta de pago total o parcial de la prima convenida en el plazo otorgado en el párrafo anterior, es causal de suspensión automática de la cobertura sin necesidad de previo aviso o declaración judicial, a menos que LA COMPAÑÍA haya otorgado al Contratante un plazo adicional, el cual necesariamente deberá constar por escrito y no ser mayor de 30 (treinta) días calendario, en cuyo caso la suspensión automática se producirá si vencido dicho nuevo plazo el Contratante no ha cumplido con abonar la prima respectiva. Producida la suspensión automática y mientras esté suspendida la cobertura, LA COMPAÑÍA continuará obligada a otorgar las prestaciones que se generen durante el período de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra EL CONTRATANTE por el costo de las mismas.

Producida la suspensión automática por falta de pago, LA COMPAÑÍA podrá resolver el presente contrato, para lo cual deberá enviar una carta al Contratante con una anticipación no menor de 30 (treinta) días calendario a la fecha en que se hará efectiva esta resolución. Producida esta resolución, LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad. Se precisa que, ante el caso de la resolución antes indicada, la cobertura a los trabajadores continuará a cargo de la ONP hasta que se elija a la nueva aseguradora, de conformidad con lo establecido con el artículo 24.7 del DS 003-98-SA.

15. CAUSALES DE RESOLUCIÓN

15.1 Son causales de resolución de la presente póliza:

a) La negativa del CONTRATANTE en proporcionar exámenes médicos y/o declaración de salud al inicio de vigencia de la presente póliza o al momento de la incorporación de un nuevo trabajador ASEGURADO, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7¹ de las presentes Condiciones Generales.

1⁷ EVALUACION MEDICA:

LA COMPAÑÍA no aplicará ningún mecanismo de selección entre los trabajadores a asegurar; sin embargo, podrá requerir al Contratante la realización de exámenes médicos y/o entrega declaración de salud sobre los Asegurados, previamente a la celebración del contrato, únicamente con el fin de establecer la delimitación de cobertura correspondiente a los trabajadores que ostenten una condición de invalidez previa. EL CONTRATANTE está obligado a proporcionar a LA COMPAÑÍA la información médica de los Asegurados durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de cobertura o por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los Asegurados dichos exámenes estarán a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza, para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación escrita al Contratante con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. Asimismo, el Contratante deberá proporcionar





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

b) El incumplimiento del CONTRATANTE de su deber de proporcionar a la COMPAÑÍA información médica de los ASEGURADOS durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los ASEGURADOS, ya sean estos trabajadores activos o cesados, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

c) El incumplimiento del CONTRATANTE respecto de practicar a sus trabajadores ASEGURADOS exámenes médicos solicitados por la COMPAÑÍA, como máximo dos veces en un periodo de 12 meses, a los trabajadores, de conformidad con lo establecidos en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

d) Por falta de pago de primas, de conformidad con lo establecido en el Artículo 11 de las presentes Condiciones Generales; y/o por omisión a la declaración y/o presentación de la planilla de remuneraciones de trabajadores, necesaria para emitir la liquidación de prima, dentro de los plazos establecidos por LA COMPAÑÍA.

e) Por incumplimiento de los deberes de EL CONTRATANTE establecidos en establecidos en el Artículo 14² de estas Condiciones Generales.

a LA COMPAÑÍA información médica al fin de la vigencia de la presente póliza, a efectos de delimitar la cobertura ante la contratación de una nueva compañía de seguros o de atender solicitudes de beneficios.

Sin perjuicio de las evaluaciones a las que el Contratante esté obligado a practicar a sus trabajadores por norma laboral o de su sector, LA COMPAÑÍA, durante la vigencia del presente contrato podrá disponer que se practiquen exámenes médicos, como máximo dos veces en un periodo de 12 (doce) meses, a los Asegurados del Contratante, debiendo éste y los Asegurados brindar las facilidades necesarias. El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. La cobertura de la póliza se podrá rehabilitar únicamente si el Contratante cumple con el requerimiento de LA COMPAÑÍA, antes de recibir la comunicación en que se le informe la decisión de resolver el contrato de seguro.

² 14. DEBERES DEL CONTRATANTE:

Son deberes del Contratante los siguientes:

- a) Procurar el cuidado integral de los Asegurados y de los ambientes de trabajo.
- b) Diseñar y ejecutar programas de salud ocupacional y seguridad industrial.
- c) Informar a LA COMPAÑÍA sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales detectadas en sus centros de trabajo, según lo indicado en la cláusula dieciséis (16); así como los cambios que se produzcan en sus centros de trabajo en materia de procesos de fabricación; y los ingresos, incapacidades, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios y ceses de sus Asegurados, según la cláusula veintiuno (21).
- d) Facilitar la capacitación de los Asegurados del centro de trabajo en materia de salud ocupacional y seguridad industrial.
- e) Las demás obligaciones previstas en la legislación laboral y otras normas sobre salud ocupacional y seguridad industrial.
- f) Cumplimiento estricto de las medidas de seguridad y control de riesgo requeridos por LA COMPAÑÍA para la vigencia de la presente póliza o ante cualquier modificación del riesgo, así como de las medidas de prevención. El cumplimiento de dichas medidas de seguridad y control de riesgo deberán ser implementadas en el plazo indicado por LA COMPAÑÍA en el correspondiente informe o requerimiento y deberán ser mantenidas durante la vigencia de la presente póliza. De este modo, la vigencia de la cobertura pueda estar supeditada a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio.
- g) Permitir el acceso y brindar las facilidades del caso, sin restricción alguna, a los funcionarios o representantes de LA COMPAÑÍA a fin de realizar las inspecciones necesarias cuando ésta lo estime conveniente y/o para verificar los riesgos informados por el Contratante.
- h) Practicar exámenes médicos pre-ocupacionales, anuales y de retiro (al término de la relación laboral) a sus Asegurados, acordes con los riesgos a los que están expuestos en sus labores. Los resultados de estos exámenes médicos deben estar a disposición de LA COMPAÑÍA, a fin de que puedan ser presentados en un proceso judicial o arbitral promovido por el Asegurado.
- i) Facilitar a LA COMPAÑÍA, de ser el caso, la realización de un examen médico o la obtención de una declaración de salud del Asegurado al momento de contratar el seguro, con la finalidad de delimitar la cobertura correspondiente a los Asegurados que ostenten una condición de invalidez previa al seguro, conforme a lo establecido en el artículo 8° del D.S. 003-98-SA.
- j) Asimismo, queda establecido que, en caso de cese de Asegurados, el Contratante se compromete a proporcionar a LA COMPAÑÍA en un plazo no mayor de 50 días calendario, el examen médico de retiro del Asegurado, a fin de determinar su estado de salud al momento del cese del vínculo laboral. En caso contrario, deberá presentar copia del cargo de la convocatoria al Asegurado para la realización del examen médico de retiro.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

f) En caso de resolución por parte del CONTRATANTE por no estar de acuerdo con el reajuste de la prima conforme al procedimiento establecido en el artículo 20³ de este condicionado general.

Producida la causal de resolución, LA COMPAÑÍA podrá comunicar con 30 días de anticipación al CONTRATANTE su decisión de resolver la presente póliza. Ello sin perjuicio de que EL CONTRATANTE será responsable de los daños y perjuicios que deba asumir la COMPAÑÍA como consecuencia del incumplimiento de los deberes antes listados.

Como consecuencia de la resolución de la póliza, la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo pasará a la OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA o a la Compañía de Seguros que elija el CONTRATANTE.

Se deja expresa constancia que LA COMPAÑÍA devolverá al CONTRATANTE la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido. En el caso que la resolución sea solicitada por EL CONTRATANTE, la prima debe ser devuelta sin requerimiento alguno, y debe computarse desde la solicitud de la resolución de EL CONTRATANTE. En caso la resolución sea efectuada por LA COMPAÑÍA, no se requerirá de una solicitud por parte de EL CONTRATANTE, procediendo LA COMPAÑÍA a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de resolución.

Asimismo, transcurrido el primer año de vigencia, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza sin expresión de causa, a través de una comunicación escrita dirigida a la COMPAÑÍA con por lo menos noventa (90) días de anticipación.

15.2. Además de las causales de resolución antes listadas, se deja expresa constancia que en caso de reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, LA COMPAÑÍA ofrecerá la revisión

k) Entregar al Asegurado el certificado de seguro correspondiente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, con el fin de salvaguardar su derecho a la información en razón a su condición del Asegurado.

l) Los demás deberes derivados de la cláusulas de la presente póliza que impliquen contribuir con la COMPAÑÍA a la determinación de la procedencia de la cobertura del siniestro y no contribuir al agravamiento del riesgo.

La vigencia de la cobertura de la presente póliza quedará supeditada al cumplimiento de estos deberes y a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio, considerando lo señalado en la cláusula tercera de este condicionado, así como las exigidas por LA COMPAÑÍA por escrito en condiciones particulares, endosos o anexos que formarán parte integrante de la presente póliza.

El incumplimiento de los deberes listados en el presente Artículo constituirá causal de resolución de la presente póliza.

³ 20. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

El Contratante deberá informar a LA COMPAÑÍA, respecto de los cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación del riesgo, en un plazo máximo de 48 horas de ocurrido. Cursado el aviso, LA COMPAÑÍA tendrá un plazo de quince (15) días calendario para comunicar al Contratante su decisión de mantener la cobertura sin reajuste de primas o proponer el reajuste de las mismas o exigir las medidas de protección o prevención que correspondan.

Vencido este plazo, se entenderá que ha optado por mantener la cobertura sin reajuste de primas y sin exigir las medidas de protección y prevención antes señaladas. En caso de que el Contratante no se encuentre de acuerdo con el reajuste de las primas o las medidas de protección o prevención exigidas, podrá resolver el contrato concertando la cobertura con otra aseguradora.

Asimismo, es facultad de LA COMPAÑÍA aplicar el reajuste de primas en el caso del incumplimiento por parte del Contratante de las medidas de prevención y control de riesgo, entre las que se encuentran la remisión de la información médica a la que se hace referencia el artículo siete (7) de este condicionado. Este reajuste será aplicable en los términos señalados en la presente cláusula.

El término agravación del riesgo también comprende el incremento de la siniestralidad, por lo que LA COMPAÑÍA también podrá reajustar la tasa en función al índice de siniestralidad, debiendo comunicar al Contratante en los mismos plazos mencionados en el primer párrafo del presente artículo.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

del contrato de seguro, o el certificado de seguro, en un plazo de 30 (treinta) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de 10 (diez) días calendario por el Contratante, LA COMPAÑÍA podrá resolver el contrato y/o el certificado, cuando corresponda, mediante una comunicación dirigida a EL CONTRATANTE en el plazo de 30 (treinta) días calendario computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los 10 (diez) días calendario mencionados precedentemente.

Cabe precisar que, si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, LA COMPAÑÍA cobrará al CONTRATANTE, la diferencia que se genere a la indemnización debida a pagar y la indemnización correspondiente en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto. Asimismo, LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

17 PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA:

17.1 PENSIÓN O INDEMNIZACION DE INVALIDEZ:

Para la obtención de la pensión o indemnización de invalidez el Asegurado deberá igualmente dirigirse directamente a la COMPAÑÍA, con sujeción al siguiente procedimiento:

17.1.1 Presentará una solicitud en los formatos proporcionados por la COMPAÑÍA, acompañada de la siguiente documentación e información:

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente (original o certificación de reproducción notarial)
- b) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones del alta o baja del paciente (original o certificación de reproducción notarial)
- c) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud (copia simple).
- d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo del ESSALUD. En caso de que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión. (Original)

17.1.2 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑÍA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez (10) días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión. La COMPAÑÍA está facultada a evaluar al ASEGURADO para verificar la condición de invalidez y determinar el menoscabo de la capacidad de trabajo de éste.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

17.1.3 En caso de existir discrepancias respecto de la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.1.4 Si las discrepancias no versaran sobre la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el asunto podrá ser directamente sometido al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

17.1.5 La COMPAÑIA procederá a pagar la pensión del ASEGURADO que no hubiere impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 18 de las Condiciones Generales. Así mismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de la pensión que corresponda dentro del plazo señalado en el Artículo 18.

17.1.6 En caso de que la invalidez total o parcial sea de naturaleza temporal, una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad, será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también temporal, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

17.1.7 En caso de que la invalidez, total o parcial, sea de naturaleza permanente, la COMPAÑIA pagará la pensión que corresponda, pero solicitará al Instituto Nacional de Rehabilitación la emisión de nuevos dictámenes anuales una vez transcurrido el plazo de un (1) año contado desde la fecha del primer dictamen. No obstante, lo antes expuesto, se podrá prescindir de dicha solicitud, cuando la COMPAÑIA determine que la invalidez es definitiva; o cuando lo considere conveniente.

17.1.8 En caso se determinará que un caso de la invalidez, total o parcial, que está siendo pagado por la COMPAÑIA, no mantuviera dicha condición, la COMPAÑIA podrá suspender el pago de la pensión correspondiente, previa evaluación médica a cargo de la COMPAÑIA. El Asegurado se compromete a pasar por dichas evaluaciones. En este caso se procederá conforme a lo indicado en el punto 17.1.3 de las presentes Condiciones Generales.

17.1.9 El derecho a las pensiones permanecerá vigente hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si hubiese según Art. 27.1 del DS 003-98-SA.

17.2 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:

Para obtener Pensión de Supervivencia, los BENEFICIARIOS se dirigirán directamente a la COMPAÑIA, solicitando la que le corresponda, con sujeción al siguiente procedimiento:

17.2.1 Presentarán la Solicitud de Pensión en el formato proporcionado por la COMPAÑIA, adjuntando el original o copia certificada de la siguiente información y documentación:

a) Certificado Médico de defunción. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

b) Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento del ASEGURADO es a consecuencia de un accidente. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)

c) Solicitud de Pensión de Sobrevivencia acompañada de la documentación completa correspondiente a la acreditación de Beneficiarios con derecho a pensión según los procedimientos establecidos en el Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones. (original o copia certificada de reproducción notarial)

d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las remuneraciones percibidas por el ASEGURADO durante los 12 meses anteriores al siniestro. En caso de que el ASEGURADO cuente con una vida laboral activa menor a 12 meses, se acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados en función de los cuales se calculará la pensión. (Original)

17.2.2 El plazo de presentación de beneficiarios de pensiones de sobrevivencia es de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO. Los beneficiarios que se presenten después de este plazo, no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión.

17.2.3 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑIA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de invalidez del BENEFICIARIO, en su caso, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión.

17.2.4 En caso de existir discrepancias respecto de la condición de inválido del BENEFICIARIO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, podrá solicitar la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, cuyo laudo tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.2.5 Si las discrepancias no versaran sobre la condición de invalidez del BENEFICIARIO, el asunto podrá ser directamente sometido a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Asimismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de las pensiones que correspondan conforme a lo indicado en el Artículo 18 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑIA procederá a pagar las pensiones de los BENEFICIARIOS que no hubieren impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 26 del DS 003-98-SA.

17.2.6 El derecho a las pensiones permanecerá vigente hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si hubiese según Art. 27.1 del DS 003-98-SA.

17.3 GASTOS DE SEPELIO:

Las personas que reclamen Gastos de Sepelio, deberán presentar a la COMPAÑIA, una solicitud de reembolso en los formatos proporcionados por aquélla, adjuntando los siguientes documentos:





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- a) Certificado de Defunción del Asegurado. (Original o certificación de reproducción notarial)
- b) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. (Original o certificación de reproducción notarial)

Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

17.3.1 La COMPAÑIA evaluará directamente la procedencia del reclamo, pronunciándose en el plazo de diez (10) días calendario.

17.3.2 En caso de existir discrepancias respecto de este beneficio la cuestión será resuelta en forma definitiva por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.3.3 La COMPAÑIA pagará el beneficio que corresponda una vez consentida su decisión o resuelta las discrepancias surgidas, en el plazo señalado en el artículo siguiente.

17.3.4 Actualmente el plazo de prescripción para solicitar el reembolso de los gastos de sepelio es de diez (10) años contados desde la fecha en que los BENEFICIARIOS toman conocimiento de la existencia del beneficio. Sin perjuicio de lo antes indicado, se deja expresa constancia que se aplicará el plazo de prescripción vigente a la fecha de presentación de la solicitud de cobertura.

LA COMPAÑIA pagará directamente al Asegurado o a sus Beneficiarios las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al Asegurado o a sus Beneficiarios, o de notificada la resolución judicial, laudo arbitral o resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación, según corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los Beneficiarios menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de Beneficiarios declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de LA COMPAÑIA o la entidad que ésta designe.

18. CÁLCULO Y PAGO DE LAS COBERTURAS DE SOBREVIVENCIA E INVALIDEZ

Las pensiones de invalidez y sobrevivencia o las indemnizaciones de invalidez, serán calculadas sobre la Remuneración Mensual del Asegurado tal como se define en esta póliza, aplicándose los mismos límites, requisitos, criterios y procedimientos vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones para todo aquello que no se encuentre regulado en forma especial por el Decreto Supremo 003-98-SA y normas concordantes.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Las pensiones o indemnización de invalidez a favor del Asegurado se devengarán desde el día siguiente de finalizado el período de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

Las pensiones de sobrevivencia se devengarán en la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO, siempre que los beneficiarios se presenten dentro de los 120 días siguientes, en caso contrario, las pensiones se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión

La COMPAÑIA pagará directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO las pensiones o indemnización que se devenguen en virtud de la presente póliza conforme el procedimiento indicado en el artículo anterior.

Los Gastos de Sepelio serán pagados de acuerdo con lo establecido en el artículo anterior de este condicionado general.

La mora en el pago de las prestaciones es automática desde el día de su vencimiento, devengando intereses moratorios a razón de la tasa de interés legal en favor del pensionista, salvo que el atraso se origine por responsabilidad del ASEGURADO o de los BENEFICIARIOS en el cumplimiento de las obligaciones que fueren de su cargo.

27. MODIFICACION DE CONDICIONES DEL CONTRATO

Cualquier modificación en el riesgo, en los porcentajes de pensión o en las prestaciones que otorgue mayores beneficios generará el correlativo reajuste de primas. Asimismo, LA COMPAÑIA queda facultada a modificar la prima por el resultado de riesgo efectivo.

Lo indicado también es aplicable para la modificación de cualquier término y condición de la póliza, salvo indicación normativa específica sobre el particular.

Las modificaciones que se realicen durante la vigencia de la Póliza deberán realizarse conforme a lo previsto en el artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, con la conformidad del Contratante. En este sentido, durante la vigencia de la póliza no pueden realizarse modificaciones sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta de LA COMPAÑIA y tomar una decisión dentro del plazo de 30 días desde comunicada la misma; siendo que la falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato. Se exceptúan de esta regla los supuestos de modificación por agravación del riesgo que se rigen por lo dispuesto en el párrafo subsiguiente.

La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Cabe precisar que lo detallado no exime al CONTRATANTE que le apliquen las causales de resolución detalladas en el artículo 15 de este condicionado general, en caso correspondan.

Las modificaciones producto de hechos o circunstancias que agraven el riesgo de LOS ASEGURADOS y sean de tal magnitud que, si son conocidas por LA COMPAÑIA al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebrarían o lo harían en condiciones más gravosas, deberán realizarse siguiendo el procedimiento previsto en el artículo 20 de las presentes condiciones generales.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato según corresponda.

Las modificaciones realizadas no podrán contravenir lo establecido en el Decreto Supremo N° 003-98-SA, Normas Técnicas de la Ley N°26790.

31. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

Cualquier controversia o discrepancia que surja entre LA COMPAÑÍA, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios o cualquier otra parte involucrada, con motivo del presente contrato o de sus modificaciones, bien se refieran a su interpretación, cumplimiento, terminación, nulidad o invalidez, así como sobre cualquier hecho, acto o circunstancia por la que se le atribuya una obligación y/o responsabilidad a cargo de LA COMPAÑÍA ante cualquiera de las personas anteriormente mencionadas será sometida al fallo definitivo e inapelable de la Comisión Arbitral Permanente que funcionará en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Queda convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, queda en suspenso el derecho que pudiese tener el Asegurado para cobrar cualquier prestación, de manera que en ningún caso y bajo ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 13 de octubre de 2023

RESOLUCIÓN SBS **N° 03410-2023**

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 octubre de 2023, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo", registrado con Código SBS N° AE1787700020, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 2839-2022 de fecha 15 de septiembre de 2022.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 02 de octubre de 2023, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo", registrado con Código SBS N° AE1787700020;

Que, a través de la Resolución SBS N° 2839-2022 de fecha 15 de septiembre 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 obligatorio y personal, 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;

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;





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, sin perjuicio de lo anterior, conforme a lo previsto en el Artículo I de las Disposiciones Generales de la Ley de Seguros, la aplicación de la citada Ley y demás normas reglamentarias, es de carácter supletorio en el caso de los seguros obligatorios, y/o que se encuentren regulados por leyes especiales, tal como el producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, el cual se rige según lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, así como por las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98-SA, sus normas modificatorias y/o sustitutorias;

Que, en dicho contexto no resultan de aplicación al producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, las condiciones mínimas relativas al derecho de arrepentimiento, a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro, de renovación de la póliza, ni de revocación del consentimiento del asegurado cuando el contratante sea distinto al asegurado, toda vez que la contratación del referido producto responde al cumplimiento de una obligación normativa aplicable a los empleadores, según lo dispuesto en el artículo 5 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98-SA; sus normas modificatorias y/o sustitutorias;

Que, el producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo” no presenta la condición mínima relativa a la nulidad del contrato, en atención a que la normativa especial aplicable no contempla dicho supuesto;

Que, de la misma manera, las condiciones referidas al derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto a las modificaciones de las condiciones contractuales durante la vigencia del contrato y su derecho de aceptarlos o no, la obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74 de la Ley de Seguros, los mecanismos de solución de controversias, así como los efectos del incumplimiento del pago de la prima, son aprobados en el marco de la normativa especial que regula este seguro obligatorio;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de la condición mínima prevista en el numeral 17 de las Condiciones Generales del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, contando con el visto bueno del Departamento de Asesoría Legal; 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 prevista en el numeral 17 de las Condiciones Generales del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 2839-2022 de fecha 15 de septiembre de 2022, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, 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 de póliza correspondiente al producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo” 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

11. PAGO DE LAS PRIMAS:

El Contratante deberá pagar la prima mensual dentro de los 30 días calendario siguiente a la fecha de emisión de la póliza. El pago se podrá efectuar directamente en las entidades financieras designadas por LA COMPAÑÍA o a través de los medios que LA COMPAÑÍA ponga a su disposición según lo señalado en el Condicionado Particular de la póliza.

Queda expresamente establecido que la falta de pago total o parcial de la prima convenida en el plazo otorgado en el párrafo anterior, es causal de suspensión automática de la cobertura sin necesidad de previo aviso o declaración judicial, a menos que LA COMPAÑÍA haya otorgado al Contratante un plazo adicional, el cual necesariamente deberá constar por escrito y no ser mayor de 30 (treinta) días calendario, en cuyo caso la suspensión automática se producirá si vencido dicho nuevo plazo el Contratante no ha cumplido con abonar la prima respectiva. Producida la suspensión automática y mientras esté suspendida la cobertura, LA COMPAÑÍA continuará obligada a otorgar las prestaciones que se generen durante el período de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra EL CONTRATANTE por el costo de las mismas.

Producida la suspensión automática por falta de pago, LA COMPAÑÍA podrá resolver el presente contrato, para lo cual deberá enviar una carta al Contratante con una anticipación no menor de 30 (treinta) días calendario a la fecha en que se hará efectiva esta resolución. Producida esta resolución, LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad. Se precisa que, ante el caso de la resolución antes indicada, la cobertura a los trabajadores continuará a cargo de la ONP hasta que se elija a la nueva aseguradora, de conformidad con lo establecido con el artículo 24.7 del DS 003-98-SA.

15. CAUSALES DE RESOLUCIÓN

15.1 Son causales de resolución de la presente póliza:

a) La negativa del CONTRATANTE en proporcionar exámenes médicos y/o declaración de salud al inicio de vigencia de la presente póliza o al momento de la incorporación de un nuevo trabajador ASEGURADO, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7¹ de las presentes Condiciones Generales.

1⁷ EVALUACION MEDICA:

LA COMPAÑÍA no aplicará ningún mecanismo de selección entre los trabajadores a asegurar; sin embargo, podrá requerir al Contratante la realización de exámenes médicos y/o entrega declaración de salud sobre los Asegurados, previamente a la celebración del contrato, únicamente con el fin de establecer la delimitación de cobertura correspondiente a los trabajadores que ostenten una condición de invalidez previa. EL CONTRATANTE está obligado a proporcionar a LA COMPAÑÍA la información médica de los Asegurados durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de cobertura o por auditoria médica para control de la evolución del estado de salud de los Asegurados dichos exámenes estarán a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza, para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación escrita al Contratante con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. Asimismo, el Contratante deberá proporcionar a LA COMPAÑÍA información médica al fin de la vigencia de la presente póliza, a efectos de delimitar la cobertura ante la contratación de una nueva compañía de seguros o de atender solicitudes de beneficios.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

b) El incumplimiento del CONTRATANTE de su deber de proporcionar a la COMPAÑÍA información médica de los ASEGURADOS durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los ASEGURADOS, ya sean estos trabajadores activos o cesados, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

c) El incumplimiento del CONTRATANTE respecto de practicar a sus trabajadores ASEGURADOS exámenes médicos solicitados por la COMPAÑÍA, como máximo dos veces en un periodo de 12 meses, a los trabajadores, de conformidad con lo establecidos en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

d) Por falta de pago de primas, de conformidad con lo establecido en el Artículo 11 de las presentes Condiciones Generales; y/o por omisión a la declaración y/o presentación de la planilla de remuneraciones de trabajadores, necesaria para emitir la liquidación de prima, dentro de los plazos establecidos por LA COMPAÑÍA.

e) Por incumplimiento de los deberes de EL CONTRATANTE establecidos en establecidos en el Artículo 14² de estas Condiciones Generales.

Sin perjuicio de las evaluaciones a las que el Contratante esté obligado a practicar a sus trabajadores por norma laboral o de su sector, LA COMPAÑÍA, durante la vigencia del presente contrato podrá disponer que se practiquen exámenes médicos, como máximo dos veces en un periodo de 12 (doce) meses, a los Asegurados del Contratante, debiendo éste y los Asegurados brindar las facilidades necesarias. El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. La cobertura de la póliza se podrá rehabilitar únicamente si el Contratante cumple con el requerimiento de LA COMPAÑÍA, antes de recibir la comunicación en que se le informe la decisión de resolver el contrato de seguro.

² 14. DEBERES DEL CONTRATANTE:

Son deberes del Contratante los siguientes:

- Procurar el cuidado integral de los Asegurados y de los ambientes de trabajo.
- Diseñar y ejecutar programas de salud ocupacional y seguridad industrial.
- Informar a LA COMPAÑÍA sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales detectadas en sus centros de trabajo, según lo indicado en la cláusula dieciséis (16); así como los cambios que se produzcan en sus centros de trabajo en materia de procesos de fabricación; y los ingresos, incapacidades, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios y ceses de sus Asegurados, según la cláusula veintiuno (21).
- Facilitar la capacitación de los Asegurados del centro de trabajo en materia de salud ocupacional y seguridad industrial.
- Las demás obligaciones previstas en la legislación laboral y otras normas sobre salud ocupacional y seguridad industrial.
- Cumplimiento estricto de las medidas de seguridad y control de riesgo requeridos por LA COMPAÑÍA para la vigencia de la presente póliza o ante cualquier modificación del riesgo, así como de las medidas de prevención. El cumplimiento de dichas medidas de seguridad y control de riesgo deberán ser implementadas en el plazo indicado por LA COMPAÑÍA en el correspondiente informe o requerimiento y deberán ser mantenidas durante la vigencia de la presente póliza. De este modo, la vigencia de la cobertura pueda estar supeditada a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio.
- Permitir el acceso y brindar las facilidades del caso, sin restricción alguna, a los funcionarios o representantes de LA COMPAÑÍA a fin de realizar las inspecciones necesarias cuando ésta lo estime conveniente y/o para verificar los riesgos informados por el Contratante.
- Practicar exámenes médicos pre-ocupacionales, anuales y de retiro (al término de la relación laboral) a sus Asegurados, acordes con los riesgos a los que están expuestos en sus labores. Los resultados de estos exámenes médicos deben estar a disposición de LA COMPAÑÍA, a fin de que puedan ser presentados en un proceso judicial o arbitral promovido por el Asegurado.
- Facilitar a LA COMPAÑÍA, de ser el caso, la realización de un examen médico o la obtención de una declaración de salud del Asegurado al momento de contratar el seguro, con la finalidad de delimitar la cobertura correspondiente a los Asegurados que ostenten una condición de invalidez previa al seguro, conforme a lo establecido en el artículo 8° del D.S. 003-98-SA.
- Asimismo, queda establecido que, en caso de cese de Asegurados, el Contratante se compromete a proporcionar a LA COMPAÑÍA en un plazo no mayor de 50 días calendario, el examen médico de retiro del Asegurado, a fin de determinar su estado de salud al momento del cese del vínculo laboral. En caso contrario, deberá presentar copia del cargo de la convocatoria al Asegurado para la realización del examen médico de retiro.
- Entregar al Asegurado el certificado de seguro correspondiente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, con el fin de salvaguardar su derecho a la información en razón a su condición del Asegurado.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

f) En caso de resolución por parte del CONTRATANTE por no estar de acuerdo con el reajuste de la prima conforme al procedimiento establecido en el artículo 20³ de este condicionado general.

Producida la causal de resolución, LA COMPAÑÍA podrá comunicar con 30 días de anticipación al CONTRATANTE su decisión de resolver la presente póliza. Ello sin perjuicio de que EL CONTRATANTE será responsable de los daños y perjuicios que deba asumir la COMPAÑÍA como consecuencia del incumplimiento de los deberes antes listados.

Como consecuencia de la resolución de la póliza, la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo pasará a la OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA o a la Compañía de Seguros que elija el CONTRATANTE.

Se deja expresa constancia que LA COMPAÑÍA devolverá al CONTRATANTE la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido. En el caso que la resolución sea solicitada por EL CONTRATANTE, la prima debe ser devuelta sin requerimiento alguno, y debe computarse desde la solicitud de la resolución de EL CONTRATANTE. En caso la resolución sea efectuada por LA COMPAÑÍA, no se requerirá de una solicitud por parte de EL CONTRATANTE, procediendo LA COMPAÑÍA a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de resolución.

Asimismo, transcurrido el primer año de vigencia, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza sin expresión de causa, a través de una comunicación escrita dirigida a la COMPAÑÍA con por lo menos noventa (90) días de anticipación.

15.2. Además de las causales de resolución antes listadas, se deja expresa constancia que en caso de reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, LA COMPAÑÍA ofrecerá la revisión del contrato de seguro, o el certificado de seguro, en un plazo de 30 (treinta) días calendario contados

l) Los demás deberes derivados de las cláusulas de la presente póliza que impliquen contribuir con la COMPAÑÍA a la determinación de la procedencia de la cobertura del siniestro y no contribuir al agravamiento del riesgo.

La vigencia de la cobertura de la presente póliza quedará supeditada al cumplimiento de estos deberes y a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio, considerando lo señalado en la cláusula tercera de este condicionado, así como las exigidas por LA COMPAÑÍA por escrito en condiciones particulares, endosos o anexos que formarán parte integrante de la presente póliza.

El incumplimiento de los deberes listados en el presente Artículo constituirá causal de resolución de la presente póliza.

³ 20. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

El Contratante deberá informar a LA COMPAÑÍA, respecto de los cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación del riesgo, en un plazo máximo de 48 horas de ocurrido. Cursado el aviso, LA COMPAÑÍA tendrá un plazo de quince (15) días calendario para comunicar al Contratante su decisión de mantener la cobertura sin reajuste de primas o proponer el reajuste de las mismas o exigir las medidas de protección o prevención que correspondan.

Vencido este plazo, se entenderá que ha optado por mantener la cobertura sin reajuste de primas y sin exigir las medidas de protección y prevención antes señaladas. En caso de que el Contratante no se encuentre de acuerdo con el reajuste de las primas o las medidas de protección o prevención exigidas, podrá resolver el contrato concertando la cobertura con otra aseguradora.

Asimismo, es facultad de LA COMPAÑÍA aplicar el reajuste de primas en el caso del incumplimiento por parte del Contratante de las medidas de prevención y control de riesgo, entre las que se encuentran la remisión de la información médica a la que se hace referencia el artículo siete (7) de este condicionado. Este reajuste será aplicable en los términos señalados en la presente cláusula.

El término agravación del riesgo también comprende el incremento de la siniestralidad, por lo que LA COMPAÑÍA también podrá reajustar la tasa en función al índice de siniestralidad, debiendo comunicar al Contratante en los mismos plazos mencionados en el primer párrafo del presente artículo.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de 10 (diez) días calendario por el Contratante, LA COMPAÑÍA podrá resolver el contrato y/o el certificado, cuando corresponda, mediante una comunicación dirigida a EL CONTRATANTE en el plazo de 30 (treinta) días calendario computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los 10 (diez) días calendario mencionados precedentemente.

Cabe precisar que, si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, LA COMPAÑÍA cobrará al CONTRATANTE, la diferencia que se genere a la indemnización debida a pagar y la indemnización correspondiente en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto. Asimismo, LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

17. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA:

17.1 PENSIÓN O INDEMNIZACION DE INVALIDEZ:

Para la obtención de la pensión o indemnización de invalidez el Asegurado deberá igualmente dirigirse directamente a la COMPAÑÍA, con sujeción al siguiente procedimiento:

17.1.1 Presentará una solicitud en los formatos proporcionados por la COMPAÑÍA, acompañada de la siguiente documentación e información:

a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente (original o certificación de reproducción notarial).

b) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones del alta o baja del paciente (original o certificación de reproducción notarial).

c) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud (copia simple).

d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo del ESSALUD. En caso de que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión. (Original)

17.1.2 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑÍA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez (10) días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión. La COMPAÑÍA está facultada a evaluar al ASEGURADO para verificar la condición de invalidez y determinar el menoscabo de la capacidad de trabajo de éste.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

17.1.3 En caso de existir discrepancias respecto de la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.1.4 Si las discrepancias no versaran sobre la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el asunto podrá ser directamente sometido al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

17.1.5 La COMPAÑIA procederá a pagar la pensión del ASEGURADO que no hubiere impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 18 de las Condiciones Generales. Así mismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de la pensión que corresponda dentro del plazo señalado en el Artículo 18.

17.1.6 En caso de que la invalidez total o parcial sea de naturaleza temporal, una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad, será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también temporal, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

17.1.7 En caso de que la invalidez, total o parcial, sea de naturaleza permanente, la COMPAÑIA pagará la pensión que corresponda, pero solicitará al Instituto Nacional de Rehabilitación la emisión de nuevos dictámenes anuales una vez transcurrido el plazo de un (1) año contado desde la fecha del primer dictamen. No obstante, lo antes expuesto, se podrá prescindir de dicha solicitud, cuando la COMPAÑIA determine que la invalidez es definitiva; o cuando lo considere conveniente.

17.1.8 En caso se determinará que un caso de la invalidez, total o parcial, que está siendo pagado por la COMPAÑIA, no mantuviera dicha condición, la COMPAÑIA podrá suspender el pago de la pensión correspondiente, previa evaluación médica a cargo de la COMPAÑIA. El Asegurado se compromete a pasar por dichas evaluaciones. En este caso se procederá conforme a lo indicado en el punto 17.1.3 de las presentes Condiciones Generales.

17.1.9 El derecho a las pensiones permanecerá vigente hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si hubiese según Art. 27.1 del DS 003-98-SA. En ese sentido, las pensiones de invalidez no se encuentran sujetas a plazos de prescripción.

17.2 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:

Para obtener Pensión de Supervivencia, los BENEFICIARIOS se dirigirán directamente a la COMPAÑIA, solicitando la que le corresponda, con sujeción al siguiente procedimiento:

17.2.1 Presentarán la Solicitud de Pensión en el formato proporcionado por la COMPAÑIA, adjuntando el original o copia certificada de la siguiente información y documentación:

a) Certificado Médico de defunción. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial).





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

b) Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento del ASEGURADO es a consecuencia de un accidente. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial).

c) Solicitud de Pensión de Sobrevivencia acompañada de la documentación completa correspondiente a la acreditación de Beneficiarios con derecho a pensión según los procedimientos establecidos en el Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones. (original o copia certificada de reproducción notarial).

d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las remuneraciones percibidas por el ASEGURADO durante los 12 meses anteriores al siniestro. En caso de que el ASEGURADO cuente con una vida laboral activa menor a 12 meses, se acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados en función de los cuales se calculará la pensión. (Original)

17.2.2 El plazo de presentación de beneficiarios de pensiones de sobrevivencia es de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO. Los beneficiarios que se presenten después de este plazo, no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión. En ese sentido, estas pensiones no se encuentran sujetas a plazos de prescripción.

17.2.3 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑIA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de invalidez del BENEFICIARIO, en su caso, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión.

17.2.4 En caso de existir discrepancias respecto de la condición de inválido del BENEFICIARIO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, podrá solicitar la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, cuyo laudo tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.2.5 Si las discrepancias no versaran sobre la condición de invalidez del BENEFICIARIO, el asunto podrá ser directamente sometido a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Asimismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de las pensiones que correspondan conforme a lo indicado en el Artículo 18 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑIA procederá a pagar las pensiones de los BENEFICIARIOS que no hubieren impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 26 del DS 003-98-SA.

17.2.6 El derecho a las pensiones permanecerá vigente hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si hubiese según Art. 27.1 del DS 003-98-SA.

17.3 GASTOS DE SEPELIO:

Las personas que reclamen Gastos de Sepelio, deberán presentar a la COMPAÑIA, una solicitud de reembolso en los formatos proporcionados por aquélla, adjuntando los siguientes documentos:





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- a) Certificado de Defunción del Asegurado. (Original o certificación de reproducción notarial)
- b) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. (Original o certificación de reproducción notarial)

Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

17.3.1 La COMPAÑIA evaluará directamente la procedencia del reclamo, pronunciándose en el plazo de diez (10) días calendario.

17.3.2 En caso de existir discrepancias respecto de este beneficio la cuestión será resuelta en forma definitiva por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.3.3 La COMPAÑIA pagará el beneficio que corresponda una vez consentida su decisión o resuelta las discrepancias surgidas, en el plazo señalado en el artículo siguiente.

17.3.4 Actualmente el plazo de prescripción para solicitar el reembolso de los gastos de sepelio es de diez (10) años contados desde la fecha en que los BENEFICIARIOS toman conocimiento de la existencia del beneficio. Sin perjuicio de lo antes indicado, se deja expresa constancia que se aplicará el plazo de prescripción vigente a la fecha de presentación de la solicitud de cobertura.

LA COMPAÑIA pagará directamente al Asegurado o a sus Beneficiarios las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al Asegurado o a sus Beneficiarios, o de notificada la resolución judicial, laudo arbitral o resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación, según corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los Beneficiarios menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de Beneficiarios declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de LA COMPAÑIA o la entidad que ésta designe.

18. CÁLCULO Y PAGO DE LAS COBERTURAS DE SOBREVIVENCIA E INVALIDEZ

Las pensiones de invalidez y sobrevivencia o las indemnizaciones de invalidez, serán calculadas sobre la Remuneración Mensual del Asegurado tal como se define en esta póliza, aplicándose los mismos límites, requisitos, criterios y procedimientos vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones para todo aquello que no se encuentre regulado en forma especial por el Decreto Supremo 003-98-SA y normas concordantes.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Las pensiones o indemnización de invalidez a favor del Asegurado se devengarán desde el día siguiente de finalizado el período de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

Las pensiones de sobrevivencia se devengarán en la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO, siempre que los beneficiarios se presenten dentro de los 120 días siguientes, en caso contrario, las pensiones se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión.

La COMPAÑIA pagará directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO las pensiones o indemnización que se devenguen en virtud de la presente póliza conforme el procedimiento indicado en el artículo anterior.

Los Gastos de Sepelio serán pagados de acuerdo con lo establecido en el artículo anterior de este condicionado general.

La mora en el pago de las prestaciones es automática desde el día de su vencimiento, devengando intereses moratorios a razón de la tasa de interés legal en favor del pensionista, salvo que el atraso se origine por responsabilidad del ASEGURADO o de los BENEFICIARIOS en el cumplimiento de las obligaciones que fueren de su cargo.

27. MODIFICACION DE CONDICIONES DEL CONTRATO

Cualquier modificación en el riesgo, en los porcentajes de pensión o en las prestaciones que otorgue mayores beneficios generará el correlativo reajuste de primas. Asimismo, LA COMPAÑIA queda facultada a modificar la prima por el resultado de riesgo efectivo.

Lo indicado también es aplicable para la modificación de cualquier término y condición de la póliza, salvo indicación normativa específica sobre el particular.

Las modificaciones que se realicen durante la vigencia de la Póliza deberán realizarse conforme a lo previsto en el artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, con la conformidad del Contratante. En este sentido, durante la vigencia de la póliza no pueden realizarse modificaciones sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta de LA COMPAÑIA y tomar una decisión dentro del plazo de 30 días desde comunicada la misma; siendo que la falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato. Se exceptúan de esta regla los supuestos de modificación por agravación del riesgo que se rigen por lo dispuesto en el párrafo subsiguiente.

La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Cabe precisar que lo detallado no exime al CONTRATANTE que le apliquen las causales de resolución detalladas en el artículo 15 de este condicionado general, en caso correspondan.

Las modificaciones producto de hechos o circunstancias que agraven el riesgo de LOS ASEGURADOS y sean de tal magnitud que, si son conocidas por LA COMPAÑIA al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebrarían o lo harían en condiciones más gravosas, deberán realizarse siguiendo el procedimiento previsto en el artículo 20 de las presentes condiciones generales.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato según corresponda.

Las modificaciones realizadas no podrán contravenir lo establecido en el Decreto Supremo N° 003-98-SA, Normas Técnicas de la Ley N°26790.

31. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

Cualquier controversia o discrepancia que surja entre LA COMPAÑÍA, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios o cualquier otra parte involucrada, con motivo del presente contrato o de sus modificaciones, bien se refieran a su interpretación, cumplimiento, terminación, nulidad o invalidez, así como sobre cualquier hecho, acto o circunstancia por la que se le atribuya una obligación y/o responsabilidad a cargo de LA COMPAÑÍA ante cualquiera de las personas anteriormente mencionadas será sometida al fallo definitivo e inapelable de la Comisión Arbitral Permanente que funcionará en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Queda convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, queda en suspenso el derecho que pudiese tener el Asegurado para cobrar cualquier prestación, de manera que en ningún caso y bajo ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 17 de abril de 2024

OFICIO N° 22811-2024-SBS

Señor
Christian Stockholm Barrios
Gerente General
Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros

Ref.: Solicitud de modificación del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”

Me dirijo a usted con relación a la solicitud N° POL002472, ingresada a través del Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON) el 12.02.2023, mediante la cual requiere la modificación del modelo de póliza del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, identificado con código SBS N° AE1787700020 en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro.

Sobre el particular, se le informa que, se ha procedido a actualizar dicho registro conforme a lo solicitado, modificándose únicamente las Condiciones Generales; siendo el caso que transcurridos 30 días de la notificación del presente oficio, no podrán emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior, en atención a lo previsto 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.

Atentamente,

LOURDES PAOLA GALLARDO SALAZAR
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ASESORIA LEGAL

LPG/azg
POL002472





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 06 de Febrero de 2026

RESOLUCIÓN SBS **N° 00384-2026**

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Crecer Seguros Compañía de Seguros S.A. (en adelante la Compañía) con fecha 30 de setiembre de 2025, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, registrado con Código SBS N° AE1787700020, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 03410 - 2023 de fecha 13 de octubre de 2023.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 30 de setiembre de 2025, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, registrado con Código SBS N° AE1787700020;

Que, a través de la Resolución SBS N° 03410 - 2023 de fecha 13 de octubre de 2023, 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 obligatorio y personal, 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;

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 la condición mínima solicitada;





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, sin perjuicio de lo anterior, conforme a lo previsto en el Artículo I de las Disposiciones Generales de la Ley de Seguros, la aplicación de la citada Ley y demás normas reglamentarias, es de carácter supletorio en el caso de los seguros obligatorios, y/o que se encuentren regulados por leyes especiales, tal como el producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, el cual se rige según lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, así como por las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98-SA, sus normas modificatorias y/o sustitutorias;

Que, en dicho contexto no resultan de aplicación al producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, las condiciones mínimas relativas al derecho de arrepentimiento, a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro, de renovación de la póliza, ni de revocación del consentimiento del asegurado cuando el contratante sea distinto al asegurado, toda vez que la contratación del referido producto responde al cumplimiento de una obligación normativa aplicable a los empleadores, según lo dispuesto en el artículo 5 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98-SA; sus normas modificatorias y/o sustitutorias;

Que, el producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo” no presenta la condición mínima relativa a la nulidad del contrato, en atención a que la normativa especial aplicable no contempla dicho supuesto;

Que, de la misma manera, las condiciones referidas al derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto a las modificaciones de las condiciones contractuales durante la vigencia del contrato y su derecho de aceptarlos o no, la obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74 de la Ley de Seguros, los mecanismos de solución de controversias, así como los efectos del incumplimiento del pago de la prima, son aprobados en el marco de la normativa especial que regula este seguro obligatorio;

Que, la presente resolución modifica la condición mínima prevista en el artículo 17 del Condicionado General del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, contando con el visto bueno del Departamento de Asesoría Legal; y, en uso de las atribuciones conferidas por el 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; y lo dispuesto en la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta de Mercado y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar la modificación de la condición mínima contemplada en el artículo 17 del Condicionado General del producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 03410 - 2023 de fecha 13 de octubre de 2023, solicitada por la Compañía; como consta 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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 Complementario de Trabajo de Riesgo”, 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 de póliza correspondiente al producto “Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo” 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.

CARLOS CUEVA MORALES

SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE REGULACION Y JURIDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1 CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

11. PAGO DE LAS PRIMAS:

El Contratante deberá pagar la prima mensual dentro de los 30 días calendario siguiente a la fecha de emisión de la póliza. El pago se podrá efectuar directamente en las entidades financieras designadas por LA COMPAÑÍA o a través de los medios que LA COMPAÑÍA ponga a su disposición según lo señalado en el Condicionado Particular de la póliza.

Queda expresamente establecido que la falta de pago total o parcial de la prima convenida en el plazo otorgado en el párrafo anterior, es causal de suspensión automática de la cobertura sin necesidad de previo aviso o declaración judicial, a menos que LA COMPAÑÍA haya otorgado al Contratante un plazo adicional, el cual necesariamente deberá constar por escrito y no ser mayor de 30 (treinta) días calendario, en cuyo caso la suspensión automática se producirá si vencido dicho nuevo plazo el Contratante no ha cumplido con abonar la prima respectiva. Producida la suspensión automática y mientras esté suspendida la cobertura, LA COMPAÑÍA continuará obligada a otorgar las prestaciones que se generen durante el período de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra EL CONTRATANTE por el costo de las mismas.

Producida la suspensión automática por falta de pago, LA COMPAÑÍA podrá resolver el presente contrato, para lo cual deberá enviar una carta al Contratante con una anticipación no menor de 30 (treinta) días calendario a la fecha en que se hará efectiva esta resolución. Producida esta resolución, LA COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad. Se precisa que, ante el caso de la resolución antes indicada, la cobertura a los trabajadores continuará a cargo de la ONP hasta que se elija a la nueva aseguradora, de conformidad con lo establecido con el artículo 24.7 del DS 003-98-SA.

(...)

15. CAUSALES DE RESOLUCIÓN

15.1 Son causales de resolución de la presente póliza:

- a) La negativa del CONTRATANTE en proporcionar exámenes médicos y/o declaración de salud al inicio de vigencia de la presente póliza o al momento de la incorporación de un nuevo trabajador ASEGURADO, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7¹ de las presentes Condiciones Generales.

¹ 7. EVALUACION MEDICA:

LA COMPAÑÍA no aplicará ningún mecanismo de selección entre los trabajadores a asegurar; sin embargo, podrá requerir al Contratante la realización de exámenes médicos y/o entrega declaración de salud sobre los Asegurados, previamente a la celebración del contrato, únicamente con el fin de establecer la delimitación de cobertura correspondiente a los trabajadores que ostenten una condición de invalidez previa. EL CONTRATANTE está obligado a proporcionar a LA COMPAÑÍA la información médica de los Asegurados durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de cobertura o por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los Asegurados dichos exámenes estarán a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza, para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación escrita al Contratante con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. Asimismo, el Contratante deberá proporcionar





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- b) El incumplimiento del CONTRATANTE de su deber de proporcionar a la COMPAÑÍA información médica de los ASEGURADOS durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los ASEGURADOS, ya sean estos trabajadores activos o cesados, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.
- c) El incumplimiento del CONTRATANTE respecto de practicar a sus trabajadores ASEGURADOS exámenes médicos solicitados por la COMPAÑÍA, como máximo dos veces en un periodo de 12 meses, a los trabajadores, de conformidad con lo establecidos en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.
- d) Por falta de pago de primas, de conformidad con lo establecido en el Artículo 11 de las presentes Condiciones Generales; y/o por omisión a la declaración y/o presentación de la planilla de remuneraciones de trabajadores, necesaria para emitir la liquidación de prima, dentro de los plazos establecidos por LA COMPAÑÍA.
- e) Por incumplimiento de los deberes de EL CONTRATANTE establecidos en establecidos en el Artículo 14² de estas Condiciones Generales.

a LA COMPAÑÍA información médica al fin de la vigencia de la presente póliza, a efectos de delimitar la cobertura ante la contratación de una nueva compañía de seguros o de atender solicitudes de beneficios.

Sin perjuicio de las evaluaciones a las que el Contratante esté obligado a practicar a sus trabajadores por norma laboral o de su sector, LA COMPAÑÍA, durante la vigencia del presente contrato podrá disponer que se practiquen exámenes médicos, como máximo dos veces en un periodo de 12 (doce) meses, a los Asegurados del Contratante, debiendo éste y los Asegurados brindar las facilidades necesarias.

El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza para lo cual LA COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. La cobertura de la póliza se podrá rehabilitar únicamente si el Contratante cumple con el requerimiento de LA COMPAÑÍA, antes de recibir la comunicación en que se le informe la decisión de resolver el contrato de seguro

²14. DEBERES DEL CONTRATANTE:

Son deberes del Contratante los siguientes:

- a) Procurar el cuidado integral de los Asegurados y de los ambientes de trabajo.
- b) Diseñar y ejecutar programas de salud ocupacional y seguridad industrial.
- c) Informar a LA COMPAÑÍA sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales detectadas en sus centros de trabajo, según lo indicado en la cláusula dieciséis (16); así como los cambios que se produzcan en sus centros de trabajo en materia de procesos de fabricación; y los ingresos, incapacidades, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios y ceses de sus Asegurados, según la cláusula veintiuno (21).
- d) Facilitar la capacitación de los Asegurados del centro de trabajo en materia de salud ocupacional y seguridad industrial.
- e) Las demás obligaciones previstas en la legislación laboral y otras normas sobre salud ocupacional y seguridad industrial.
- f) Cumplimiento estricto de las medidas de seguridad y control de riesgo requeridos por LA COMPAÑÍA para la vigencia de la presente póliza o ante cualquier modificación del riesgo, así como de las medidas de prevención. El cumplimiento de dichas medidas de seguridad y control de riesgo deberán ser implementadas en el plazo indicado por LA COMPAÑÍA en el correspondiente informe o requerimiento y

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

Este es 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: **GKERFP-**

001. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en: <https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml>

2/10





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- f) En caso de resolución por parte del CONTRATANTE por no estar de acuerdo con el reajuste de la prima conforme al procedimiento establecido en el artículo 20³ de este condicionado general.

Producida la causal de resolución, LA COMPAÑÍA podrá comunicar con 30 días de anticipación al CONTRATANTE su decisión de resolver la presente póliza. Ello sin perjuicio de que EL CONTRATANTE será responsable de los daños y perjuicios que deba asumir la COMPAÑÍA como consecuencia del incumplimiento de los deberes antes listados.

deberán ser mantenidas durante la vigencia de la presente póliza. De este modo, la vigencia de la cobertura pueda estar supeditada a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio.

g) Permitir el acceso y brindar las facilidades del caso, sin restricción alguna, a los funcionarios o representantes de LA COMPAÑÍA a fin de realizar las inspecciones necesarias cuando ésta lo estime conveniente y/o para verificar los riesgos informados por el Contratante.

h) Practicar exámenes médicos pre-ocupacionales, anuales y de retiro (al término de la relación laboral) a sus Asegurados, acordes con los riesgos a los que están expuestos en sus labores. Los resultados de estos exámenes médicos deben estar a disposición de LA COMPAÑÍA, a fin de que puedan ser presentados en un proceso judicial o arbitral promovido por el Asegurado.

i) Facilitar a LA COMPAÑÍA, de ser el caso, la realización de un examen médico o la obtención de una declaración de salud del Asegurado al momento de contratar el seguro, con la finalidad de delimitar la cobertura correspondiente a los Asegurados que ostenten una condición de invalidez previa al seguro, conforme a lo establecido en el artículo 8° del D.S. 003-98-SA.

j) Asimismo, queda establecido que, en caso de cese de Asegurados, el Contratante se compromete a proporcionar a LA COMPAÑÍA en un plazo no mayor de 50 días calendario, el examen médico de retiro del Asegurado, a fin de determinar su estado de salud al momento del cese del vínculo laboral. En caso contrario, deberá presentar copia del cargo de la convocatoria al Asegurado para la realización del examen médico de retiro.

k) Entregar al Asegurado el certificado de seguro correspondiente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, con el fin de salvaguardar su derecho a la información en razón a su condición del Asegurado.

l) Los demás deberes derivados de las cláusulas de la presente póliza que impliquen contribuir con la COMPAÑÍA a la determinación de la procedencia de la cobertura del siniestro y no contribuir al agravamiento del riesgo.

La vigencia de la cobertura de la presente póliza quedará supeditada al cumplimiento de estos deberes y a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio, considerando lo señalado en la cláusula tercera de este condicionado, así como las exigidas por LA COMPAÑÍA por escrito en condiciones particulares, endosos o anexos que formarán parte integrante de la presente póliza.

El incumplimiento de los deberes listados en el presente Artículo constituirá causal de resolución de la presente póliza.

³ 20. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

El Contratante deberá informar a LA COMPAÑÍA, respecto de los cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación del riesgo, en un plazo máximo de 48 horas de ocurrido. Cursado el aviso, LA COMPAÑÍA tendrá un plazo de quince (15) días calendario para comunicar al Contratante su decisión de mantener la cobertura sin reajuste de primas o proponer el reajuste de las mismas o exigir las medidas de protección o prevención que correspondan.

Vencido este plazo, se entenderá que ha optado por mantener la cobertura sin reajuste de primas y sin exigir las medidas de protección y prevención antes señaladas. En caso de que el Contratante no se encuentre de acuerdo con el reajuste de las primas o las medidas de protección o prevención exigidas, podrá resolver el contrato concertando la cobertura con otra aseguradora.

Asimismo, es facultad de LA COMPAÑÍA aplicar el reajuste de primas en el caso del incumplimiento por parte del Contratante de las medidas de prevención y control de riesgo, entre las que se encuentran la remisión de la información médica a la que se hace referencia el artículo siete (7) de este condicionado. Este reajuste será aplicable en los términos señalados en la presente cláusula.

El término agravación del riesgo también comprende el incremento de la siniestralidad, por lo que LA COMPAÑÍA también podrá reajustar la tasa en función al índice de siniestralidad, debiendo comunicar al Contratante en los mismos plazos mencionados en el primer párrafo del presente artículo.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Como consecuencia de la resolución de la póliza, la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo pasará a la OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA o a la Compañía de Seguros que elija el CONTRATANTE.

Se deja expresa constancia que LA COMPAÑÍA devolverá al CONTRATANTE la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido. En el caso que la resolución sea solicitada por EL CONTRATANTE, la prima debe ser devuelta sin requerimiento alguno, y debe computarse desde la solicitud de la resolución de EL CONTRATANTE. En caso la resolución sea efectuada por LA COMPAÑÍA, no se requerirá de una solicitud por parte de EL CONTRATANTE, procediendo LA COMPAÑÍA a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de resolución.

Asimismo, transcurrido el primer año de vigencia, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza sin expresión de causa, a través de una comunicación escrita dirigida a la COMPAÑÍA con por lo menos noventa (90) días de anticipación.

15.2. Además de las causales de resolución antes listadas, se deja expresa constancia que en caso de reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, LA COMPAÑÍA ofrecerá la revisión del contrato de seguro, o el certificado de seguro, en un plazo de 30 (treinta) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de 10 (diez) días calendario por el Contratante, LA COMPAÑÍA podrá resolver el contrato y/o el certificado, cuando corresponda, mediante una comunicación dirigida a EL CONTRATANTE en el plazo de 30 (treinta) días calendario computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los 10 (diez) días calendario mencionados precedentemente.

Cabe precisar que, si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, LA COMPAÑÍA cobrará al CONTRATANTE, la diferencia que se genere a la indemnización debida a pagar y la indemnización correspondiente en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto. Asimismo, LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

(...)

17. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL Y PARA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA:

(...)

17.2 PENSIÓN O INDEMNIZACIÓN DE INVALIDEZ:

Para la obtención de la pensión o indemnización de invalidez el Asegurado o el Contratante deberán igualmente dirigirse directamente a la COMPAÑÍA, con sujeción al siguiente procedimiento:

17.2.1 Presentará una solicitud en los formatos proporcionados por la COMPAÑÍA, acompañada de la siguiente documentación e información:





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente (original o certificación de reproducción notarial)
 - b) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones del alta o baja del paciente (original o certificación de reproducción notarial) y resultados de exámenes de apoyo de diagnósticos si corresponde.
 - c) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud (copia simple).
 - d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo del ESSALUD. En caso de que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión. (Original).
 - e) Copia simple de las boletas de pago que sustenten las remuneraciones detalladas en la declaración jurada referida en el ítem anterior.
- (*) En caso el ASEGURADO no haya laborado durante uno o algunos meses dentro del periodo solicitado, el ASEGURADO deberá presentar una carta simple indicando el hecho.

LA COMPAÑÍA mantiene la potestad de solicitar información adicional a la antes mencionada en caso de que se produzcan modificaciones en la normativa aplicable, con el fin de garantizar el cumplimiento de los nuevos requisitos legales.

Asimismo, la COMPAÑÍA podrá designar un procurador, en los casos que considere necesario, para que se apersona al lugar de los hechos con el fin de recopilar información sobre el siniestro.

17.2.2 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑÍA procederá a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez (10) días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión. La COMPAÑÍA está facultada a evaluar al ASEGURADO para verificar la condición de invalidez y determinar el menoscabo de la capacidad de trabajo de éste.

Cabe precisar que el procedimiento anteriormente descrito podrá ser modificado en caso de producirse cambios en la normativa aplicable, con el propósito de asegurar la adecuación y el cumplimiento de los nuevos procedimientos legalmente establecidos.

17.2.3 En caso de existir discrepancias respecto de la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

17.2.4 Si las discrepancias no versaran sobre la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el asunto podrá ser directamente sometido al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

17.2.5 La COMPAÑIA procederá a pagar la pensión del ASEGURADO que no hubiere impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 18 de las Condiciones Generales. Así mismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑIA procederá al pago de la pensión que corresponda dentro del plazo señalado en el Artículo 18.

17.2.6 En caso de que la invalidez total o parcial sea de naturaleza temporal, una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad, será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también temporal, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

17.2.7 En caso de que la invalidez, total o parcial, sea de naturaleza permanente, la COMPAÑIA pagará la pensión que corresponda, pero solicitará al Instituto Nacional de Rehabilitación la emisión de nuevos dictámenes anuales una vez transcurrido el plazo de un (1) año contado desde la fecha del primer dictamen. No obstante, lo antes expuesto, se podrá prescindir de dicha solicitud, cuando la COMPAÑIA determine que la invalidez es definitiva; o cuando lo considere conveniente.

17.2.8 En caso se determinará que un caso de la invalidez, total o parcial, que está siendo pagado por la COMPAÑIA, no mantuviera dicha condición, la COMPAÑIA podrá suspender el pago de la pensión correspondiente, previa evaluación médica a cargo de la COMPAÑIA. El Asegurado se compromete a pasar por dichas evaluaciones. En este caso se procederá conforme a lo indicado en el punto 17.2.3 de las presentes Condiciones Generales.

17.2.9 El derecho a las pensiones permanecerá vigente hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si hubiese según Art. 27.1 del DS 003-98-SA. En ese sentido, las pensiones de invalidez no se encuentran sujetas a plazos de prescripción

17.3 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:

Para obtener Pensión de Supervivencia, los BENEFICIARIOS se dirigirán directamente a la COMPAÑIA, solicitando la que le corresponda, con sujeción al siguiente procedimiento:

17.3.1 Presentarán la Solicitud de Pensión en el formato proporcionado por la COMPAÑIA, adjuntando el original o copia certificada de la siguiente información y documentación:

- a) Certificado Médico de defunción. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)
- b) Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento del ASEGURADO es a consecuencia de un accidente. (Original, copia simple y/o certificación de reproducción notarial)
- c) Solicitud de Pensión de Supervivencia acompañada de la documentación completa correspondiente a la acreditación de Beneficiarios con derecho a pensión según los procedimientos establecidos en el Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones. (original o copia certificada de reproducción notarial).





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Adicionalmente, en caso el Beneficiario no se encuentre percibiendo una pensión con anterioridad, deberá presentar la siguiente información y documentación:

d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las remuneraciones percibidas por el ASEGURADO durante los 12 meses anteriores al siniestro. En caso de que el ASEGURADO cuente con una vida laboral activa menor a 12 meses, se acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados en función de los cuales se calculará la pensión. (Original).

e) Copia simple de las boletas de pago que sustenten las remuneraciones detalladas en la declaración jurada referida en el ítem anterior.

(*) En caso el ASEGURADO no haya laborado durante uno o algunos meses dentro del periodo solicitado, el ASEGURADO deberá presentar una carta simple indicando el hecho.

La COMPAÑÍA mantiene la potestad de solicitar información adicional a la antes mencionada en caso de que se produzcan modificaciones en la normativa aplicable, con el fin de garantizar el cumplimiento de los nuevos requisitos legales.

Asimismo, la COMPAÑÍA podrá designar un procurador, en los casos que considere necesario, para que se apersona al lugar de los hechos con el fin de recopilar información sobre el siniestro.

17.3.2 El plazo de presentación de beneficiarios de pensiones de sobrevivencia es de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO. Los beneficiarios que se presenten después de este plazo, no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión. En ese sentido, estas pensiones no se encuentran sujetas a plazos de prescripción.

17.3.3 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑÍA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de invalidez del BENEFICIARIO, en su caso, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión.

17.3.4 En caso de existir discrepancias respecto de la condición de inválido del BENEFICIARIO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, podrá solicitar la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, cuyo laudo tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.3.5 Si las discrepancias no versaran sobre la condición de invalidez del BENEFICIARIO, el asunto podrá ser directamente sometido a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Asimismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑÍA procederá al pago de las pensiones que correspondan conforme a lo indicado en el Artículo 18 de las presentes Condiciones Generales. LA COMPAÑÍA procederá a pagar las pensiones de los BENEFICIARIOS que no hubieren impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 26 del DS 003-98-SA.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

17.3.6 El derecho a las pensiones permanecerá vigente hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si hubiese según Art. 27.1 del DS 003-98-SA.

17.4 GASTOS DE SEPELIO:

Las personas que reclamen Gastos de Sepelio deberán presentar a la COMPAÑÍA, una solicitud de reembolso en los formatos proporcionados por aquella, adjuntando los siguientes documentos:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado. (Original o certificación de reproducción notarial)
- b) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. (Original o certificación de reproducción notarial)

Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

LA COMPAÑÍA mantiene la potestad de solicitar información adicional a la antes mencionada en caso de que se produzcan modificaciones en la normativa aplicable, con el fin de garantizar el cumplimiento de los nuevos requisitos legales.

17.4.1 La COMPAÑÍA evaluará directamente la procedencia del reclamo, pronunciándose en el plazo de diez (10) días calendario.

17.4.2 En caso de existir discrepancias respecto de este beneficio la cuestión será resuelta en forma definitiva por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

17.4.3 La COMPAÑÍA pagará el beneficio que corresponda una vez consentida su decisión o resuelta las discrepancias surgidas, en el plazo señalado en el artículo siguiente.

17.4.4 Actualmente el plazo de prescripción para solicitar el reembolso de los gastos de sepelio es de diez (10) años contados desde la fecha en que los BENEFICIARIOS toman conocimiento de la existencia del beneficio. Sin perjuicio de lo antes indicado, se deja expresa constancia que se aplicará el plazo de prescripción vigente a la fecha de presentación de la solicitud de cobertura.

LA COMPAÑÍA pagará directamente al Asegurado o a sus Beneficiarios las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al Asegurado o a sus Beneficiarios, o de notificada la resolución judicial, laudo arbitral o resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación, según corresponda.

En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Las pensiones de sobrevivencia de los Beneficiarios menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de Beneficiarios declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de LA COMPAÑÍA o la entidad que ésta designe.

18. CÁLCULO Y PAGO DE LAS COBERTURAS DE SOBREVIVENCIA E INVALIDEZ

Las pensiones de invalidez y sobrevivencia o las indemnizaciones de invalidez serán calculadas sobre la Remuneración Mensual del Asegurado tal como se define en esta póliza, aplicándose los mismos límites, requisitos, criterios y procedimientos vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones para todo aquello que no se encuentre regulado en forma especial por el Decreto Supremo 003-98-SA y normas concordantes.

Las pensiones o indemnización de invalidez a favor del Asegurado se devengarán desde el día siguiente de finalizado el período de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

Las pensiones de sobrevivencia se devengarán en la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO, siempre que los beneficiarios se presenten dentro de los 120 días siguientes, en caso contrario, las pensiones se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión

La COMPAÑÍA pagará directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO las pensiones o indemnización que se devenguen en virtud de la presente póliza conforme el procedimiento indicado en el artículo anterior.

Los Gastos de Sepelio serán pagados de acuerdo con lo establecido en el artículo anterior de este condicionado general.

La mora en el pago de las prestaciones es automática desde el día de su vencimiento, devengando intereses moratorios a razón de la tasa de interés legal en favor del pensionista, salvo que el atraso se origine por responsabilidad del ASEGURADO o de los BENEFICIARIOS en el cumplimiento de las obligaciones que fueren de su cargo.

(...)

27. MODIFICACION DE CONDICIONES DEL CONTRATO

Cualquier modificación en el riesgo, en los porcentajes de pensión o en las prestaciones que otorgue mayores beneficios generará el correlativo reajuste de primas. Asimismo, LA COMPAÑÍA queda facultada a modificar la prima por el resultado de riesgo efectivo.

Lo indicado también es aplicable para la modificación de cualquier término y condición de la póliza, salvo indicación normativa específica sobre el particular.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Las modificaciones que se realicen durante la vigencia de la Póliza deberán realizarse conforme a lo previsto en el artículo 30 de la Ley de Contrato de Seguro, con la conformidad del Contratante. En este sentido, durante la vigencia de la póliza no pueden realizarse modificaciones sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta de LA COMPAÑÍA y tomar una decisión dentro del plazo de 30 días desde comunicada la misma; siendo que la falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato. Se exceptúan de esta regla los supuestos de modificación por agravación del riesgo que se rigen por lo dispuesto en el párrafo subsiguiente.

La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Cabe precisar que lo detallado no exime al CONTRATANTE que le apliquen las causales de resolución detalladas en el artículo 15 de este condicionado general, en caso correspondan.

Las modificaciones producto de hechos o circunstancias que agraven el riesgo de LOS ASEGURADOS y sean de tal magnitud que, si son conocidas por LA COMPAÑÍA al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas, deberán realizarse siguiendo el procedimiento previsto en el artículo 20 de las presentes condiciones generales.

La COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato según corresponda.

Las modificaciones realizadas no podrán contravenir lo establecido en el Decreto Supremo N° 003-98-SA, Normas Técnicas de la Ley N°26790.

(...)

31. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

Cualquier controversia o discrepancia que surja entre LA COMPAÑÍA, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios o cualquier otra parte involucrada, con motivo del presente contrato o de sus modificaciones, bien se refieran a su interpretación, cumplimiento, terminación, nulidad o invalidez, así como sobre cualquier hecho, acto o circunstancia por la que se le atribuya una obligación y/o responsabilidad a cargo de LA COMPAÑÍA ante cualquiera de las personas anteriormente mencionadas será sometida al fallo definitivo e inapelable de la Comisión Arbitral Permanente que funcionará en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Queda convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, queda en suspenso el derecho que pudiese tener el Asegurado para cobrar cualquier prestación, de manera que en ningún caso y bajo ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.

