



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 13 SET. 2017

Resolución S.B.S

N° 3569-2017

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Protecta S.A. Compañía de Seguros (en adelante la Compañía) a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON) y por la cual pide la modificación del producto "Seguro de Vida con Renta Temporal", registrado con Código SBS N°VI2097100026, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4502-2016 y posteriormente modificadas mediante Resolución SBS N° 2395-2017;

CONSIDERANDO:

Que, mediante solicitud recibida con fecha 26 de julio de 2017, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro de Vida con Renta Temporal", registrado con Código SBS N°VI2097100026;

Que, a través de la Resolución SBS N° 4502-2016, esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, a través de la Resolución SBS N° 2395-2017, esta Superintendencia aprobó la modificación de las Condiciones Mínimas previamente aprobadas mediante Resolución SBS N° 4502-2016, en atención a la solicitud presentada por la Compañía mediante comunicación de fecha 15 de mayo de 2017;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas, 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 de los modelos, las empresas no pueden 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;





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento de Registro de Pólizas, y considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de las condiciones mínimas solicitadas;

Que, la presente resolución modifica el artículo 10 del Condicionado General del producto "Seguro de Vida con Renta Temporal", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4502-2016 de fecha 22 de agosto de 2016 y, posteriormente, modificadas mediante Resolución SBS N° 2395-2017 de fecha 14 de junio de 2017;

En consecuencia, estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

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

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación solicitada por la Compañía respecto del artículo 10 del Condicionado General del producto "Seguro de Vida con Renta Temporal", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4502-2016 y posteriormente modificadas mediante Resolución SBS N° 2395-2017; conforme consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza del producto "Seguro de Vida con Renta Temporal", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; 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 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Vida con Renta Temporal" modificado, conjuntamente con las Resoluciones SBS N°4502-2016, N° 2395-2017 y la presente Resolución; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1 CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 7: PRIMA ÚNICA

(...)

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

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

En adición durante la suspensión de la cobertura del Seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del Contrato. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante de la comunicación escrita, cursada por la Compañía, en la que le informe sobre dicha decisión.

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

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la Ley, de producirse la resolución del Contrato de Seguro como consecuencia del incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía tendrá derecho al cobro de la misma en una proporción equivalente al periodo efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 9: PAGO DE LAS PENSIONES TITULAR ACTIVO

En caso el Asegurado se encuentre con vida, el pago de la renta temporal mensual se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

• **Mecanismo de Pago:**

- o Abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera.
- o Concurrencia del asegurado a las Oficinas de la Compañía.
- o Concurrencia del asegurado a una agencia de una entidad financiera que tenga celebrado convenio para el pago de pensiones con la Compañía de Seguros.
- o Otras modalidades vigentes al momento de dicha obligación.

• **Plazos:** A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago.

• **Documentación de Acreditación:**

Para cualquier modalidad diferente a: abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera; se solicitará el Documento de Identidad del Asegurado.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTÍCULO 10: PAGO DE LAS PENSIONES - ASEGURADO FALLECIDO

En caso el Asegurado haya fallecido (siendo la Compañía de Seguros la que haya detectado esta condición vía aplicación de controles de supervivencia o vía comunicación y/o aviso por parte de los beneficiarios de la póliza), el pago de la renta temporal mensual se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

- Mecanismo de Pago: Pago único de las pensiones pendientes de devengue vía emisión de cheque.
- Plazos: A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago.
- Documentación de Acreditación:
 - a. Copia del Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios.
 - b. Copia del Documento de Identidad de los Herederos Legales del Asegurado, en caso de no existir beneficiarios declarados.
 - c. Original y/o copia con certificación de reproducción notarial (copia legalizada) Original y/o copia con certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no existir beneficiarios declarados.

ARTICULO 12: RESOLUCIÓN

La Póliza de Seguro podrá quedar resuelta perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

a. Por falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la póliza, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación por escrito al Contratante, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.

b. Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado ni bien estos conozcan su ocurrencia.

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

El presente seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto ni la prima incrementada como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del contrato, en virtud de lo dispuesto en el art. 124 de la Ley.

c. La Póliza de Seguro podrá quedar resuelta por la presentación de solicitudes de cobertura fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Compañía deberá cursar una comunicación escrita al





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

domicilio del Contratante, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de fallecimiento, a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo la Compañía procederá a devolver al Contratante las primas no devengadas correspondientes a la cobertura de fallecimiento.

d. El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto en caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y esta es constatada antes de que se produzca un siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver el Contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de fallecimiento, hasta la fecha de resolución.

e. El Contrato de Seguros podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante, la cual puede ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato. Le corresponde a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de fallecimiento, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato, la Compañía queda liberada de su prestación.

Para los literales b, c, d y e, la Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada, correspondiente a la cobertura de fallecimiento, al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario computados a partir de la resolución de la póliza en cuestión.

En todos los supuestos de resolución, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello al Asegurado.

ARTICULO 13: NULIDAD DE LA PÓLIZA

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

Será nulo todo Contrato según corresponda:

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

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

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

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo 13°, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros.

ARTÍCULO 17: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante o Beneficiario, cuando corresponda, deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

Posteriormente al aviso de siniestro, el Beneficiario deberá presentar una Solicitud de Cobertura y presentar los siguientes documentos en la Compañía, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de fallecimiento:

- En caso de Muerte Natural:
 - a. Certificado de Defunción del Asegurado.
 - b. Acta o Partida de Defunción del Asegurado
 - c. Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa del Asegurado
 - d. Copia del Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios.
 - e. Original y/o copia con certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no existir beneficiarios declarados.
 - f. Copia de los Documentos de Identidad de los Herederos Legales del Asegurado, en caso corresponda, por no existir beneficiarios declarados.
- En caso de Muerte Accidental, se deberá presentar, adicionalmente a lo indicado por Muerte Natural, lo siguiente

- a. Atestado Policial completo, si lo hubiere.
- b. Resultado del Protocolo de Necropsia, si lo hubiere.
- c. Resultado de Dosaje Etílico del Asegurado, si lo hubiere.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

d. Resultado del examen toxicológico del Asegurado con resultado de alcoholemia y toxinas, si lo hubiere.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado que amplie lo inicialmente presentado, si lo estima conveniente, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, dentro del marco del artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, Resolución SBS N° 3202-2013, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

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

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

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

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

ARTICULO 20: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

Las partes dejan establecido que el contenido de la presente Póliza se encuentra sujeto a las leyes de la República del Perú.

ARTICULO 22: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Seguros durante la vigencia de la Póliza, deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante por los mecanismos





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión, previamente y por escrito, dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

ARTÍCULO 23: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del Siniestro, con excepción de los reclamos y acciones relativos a las coberturas por fallecimiento las que prescribirán en el plazo de diez (10) años desde que el Beneficiario tome conocimiento de la existencia del beneficio.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que el Contratante, Asegurado o Beneficiario hubiera solicitado el beneficio, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada.

ARTICULO 26: DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

El Asegurado puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. La Compañía desde la recepción del documento que contiene la solicitud de revocación, cesará la cobertura del riesgo, devolviendo la prima pagada al Contratante o Asegurado, según corresponda, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 14 JUN. 2017

Resolución S.B.S
N° 2395-2017

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Protecta S.A. Compañía de Seguros (en adelante la Compañía) con fecha 15 de mayo de 2017, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual requiere la modificación del producto "Seguro de Vida con Renta Temporal", registrado con Código SBS N° VI2097100026, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4502-2016.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 15 de mayo de 2017, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro de Vida con Renta Temporal", registrado con Código SBS N° VI2097100026;

Que, a través de la Resolución SBS N° 4502-2016, esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto de vida individual de largo plazo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas, 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 notificada la incorporación del nuevo contenido del modelo de póliza en el Registro, las empresas no podrán comercializar el anterior modelo de pólizas;

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 de Registro de Pólizas, 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, en virtud del Artículo Tercero de la Resolución SBS N° 4462-2016 se modificó el artículo 10 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento de Transparencia; en tal virtud, corresponde la aprobación de las nuevas condiciones mínimas previstas en los literales j), k) y l) del precitado artículo 10, de acuerdo al tipo de seguro y características del producto;

Que, conforme a las características del mencionado producto, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el literal k) del artículo 10 del Reglamento de Transparencia, referido a la renovación de la póliza, por ser un producto de vida de largo plazo;

Que, la presente resolución modifica los artículos 23° y 26° del Condicionado General del producto "Seguro de Vida con Renta Temporal", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4502-2016 de fecha 22 de agosto de 2016;

En consecuencia, estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por la Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Transparencia y el Reglamento de Registro de Pólizas;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de los artículos 23° y 26° del Condicionado General del producto "Seguro de Vida con Renta Temporal", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4502-2016 de fecha 22 de agosto de 2016, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Seguro de Vida con Renta Temporal", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; 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 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Vida con Renta Temporal" modificado, conjuntamente con la Resolución SBS N° 4502-2016 y la presente Resolución; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA



Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511) 6309000 Fax: (511) 6309239



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 7: PRIMA ÚNICA

(...)

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

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

En adición durante la suspensión de la cobertura del Seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del Contrato. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante de la comunicación escrita, cursada por la Compañía, en la que le informe sobre dicha decisión.

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

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la Ley, de producirse la resolución del Contrato de Seguro como consecuencia del incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía tendrá derecho al cobro de la misma en una proporción equivalente al periodo efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 9: PAGO DE LAS PENSIONES - TITULAR ACTIVO

En caso el Asegurado se encuentre con vida, el pago de la renta temporal mensual se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

• Mecanismo de Pago:

- o Abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera.
- o Concurrencia del asegurado a las Oficinas de la Compañía.
- o Concurrencia del asegurado a una agencia de una entidad financiera que tenga celebrado convenio para el pago de pensiones con la Compañía de Seguros.
- o Otras modalidades vigentes al momento de dicha obligación.

• Plazos: A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago.

• Documentación de Acreditación:

- o Para cualquier modalidad diferente a: abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera; se solicitará el Documento de Identidad del Asegurado.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTÍCULO 10: PAGO DE LAS PENSIONES - ASEGURADO FALLECIDO

En caso el Asegurado haya fallecido (siendo la Compañía de Seguros la que haya detectado esta condición vía aplicación de controles de supervivencia o vía comunicación y/o aviso por parte de los beneficiarios de la póliza), el pago de la renta temporal mensual se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

- **Mecanismo de Pago:** Pago único de las pensiones pendientes de devengue vía emisión de cheque.
- **Plazos:** A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago.
- **Documentación de Acreditación:**
 - a. Copia del Documento de Identidad de los Herederos Legales del Asegurado,
 - b. Original y/o copia con certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la Declaratoria de Herederos.

ARTICULO 12: RESOLUCIÓN

La Póliza de Seguro podrá quedar resuelta perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la póliza, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación por escrito al Contratante, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.
- b. Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado ni bien estos conozcan su ocurrencia.

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

El presente seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto ni la prima incrementada como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del contrato, en virtud de lo dispuesto en el art. 124 de la Ley.

- c. La Póliza de Seguro podrá quedar resuelta por la presentación de solicitudes de cobertura fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Compañía deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de fallecimiento, a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo la Compañía procederá a devolver al Contratante las primas no devengadas correspondientes a la cobertura de fallecimiento.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

d. El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto en caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y esta es constatada antes de que se produzca un siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver el Contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de fallecimiento, hasta la fecha de resolución.

e. El Contrato de Seguros podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante, la cual puede ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato. Le corresponde a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de fallecimiento, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato, la Compañía queda liberada de su prestación.

Para los literales b, c, d y e, la Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada, correspondiente a la cobertura de fallecimiento, al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario computados a partir de la resolución de la póliza en cuestión.

En todos los supuestos de resolución, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello al Asegurado.

ARTICULO 13: NULIDAD DE LA PÓLIZA

La Póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Asegurado y/o el Contratante en la Solicitud de Seguro.
Será nulo todo Contrato según corresponda:

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

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

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo 13°, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros.

ARTÍCULO 17: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante o Beneficiario, cuando corresponda, deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

Posteriormente al aviso de siniestro, el Beneficiario deberá presentar una Solicitud de Cobertura y presentar los siguientes documentos en la Compañía, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de fallecimiento:

• En caso de Muerte Natural:

- a. Certificado de Defunción del Asegurado.
- b. Acta o Partida de Defunción del Asegurado
- c. Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa del Asegurado
- d. Copia del Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios.
- e. Declaratoria de herederos, en caso corresponda, por no existir beneficiarios declarados.
- f. Copia de los Documentos de Identidad de los Herederos Legales del Asegurado, en caso corresponda, por no existir beneficiarios declarados.

• En caso de Muerte Accidental, se deberá presentar, adicionalmente a lo indicado por Muerte Natural, lo siguiente

- a. Atestado Policial completo, si lo hubiere.
- b. Resultado del Protocolo de Necropsia, si lo hubiere.
- c. Resultado de Dosaje Etílico del Asegurado, si lo hubiere.
- d. Resultado del examen toxicológico del Asegurado con resultado de alcoholemia y toxinas, si lo hubiere.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado que amplie lo inicialmente presentado, si lo estima conveniente, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, dentro del marco del artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, Resolución SBS N° 3202-2013, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

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

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

ARTICULO 20: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

Las partes dejan establecido que el contenido de la presente Póliza se encuentra sujeto a las leyes de la República del Perú.

ARTICULO 22: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

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

ARTÍCULO 23: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del Siniestro, con excepción de los reclamos y acciones relativos a las coberturas por





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

fallecimiento las que prescribirán en el plazo de diez (10) años desde que el Beneficiario tome conocimiento de la existencia del beneficio.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que el Contratante, Asegurado o Beneficiario hubiera solicitado el beneficio, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada.

ARTICULO 26: DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

El Asegurado puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. La Compañía desde la recepción del documento que contiene la solicitud de revocación, cesará la cobertura del riesgo, devolviendo la prima pagada al Contratante o Asegurado, según corresponda, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 22 AGO. 2016

Resolución S.B.S

N° 4502-2016

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Protecta Compañía de Seguros S.A. (en adelante, Protecta) mediante cartas recibidas con fechas 06 de mayo y 10 de agosto de 2016, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Vida con Renta Temporal";

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro aprobada por Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

Que, mediante la Ley de Seguros, se dispuso que esta Superintendencia apruebe las condiciones mínimas de las pólizas de seguro que se comercialicen en el mercado peruano en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, a fin de brindar mayor protección a los usuarios del sistema;

Que, el Reglamento de Transparencia describe la facultad de esta Superintendencia para la aprobación administrativa previa de las condiciones mínimas en las pólizas de seguro, así como para la determinación de cláusulas abusivas;

Que, según lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se detallan a continuación, según el tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

Que, de conformidad con el artículo 9° del Reglamento de Transparencia, la aprobación de condiciones mínimas en los productos personales, obligatorios y masivos será considerada como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas;

Que, la presente resolución se enmarca en la normativa legal aplicable a las empresas del sistema de seguros, incluyendo la Ley General, la Ley de Seguros y el Reglamento de Transparencia; así como aquellas disposiciones contenidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado por Ley N° 29571, que resulten de aplicación a las empresas que esta Superintendencia supervisa;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, en virtud de lo informado por la Compañía mediante comunicación de 10 de agosto de 2016, no será aplicable el derecho de arrepentimiento a que se refiere el artículo 41 de la Ley de Seguros en la medida que el producto se ofertará únicamente a través de promotores y corredores de seguros. Asimismo, no será aplicable la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro a que se refieren los artículos 70 y 71 de la Ley de Seguros;

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

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

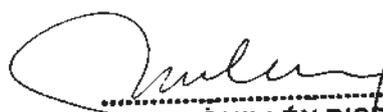
RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Vida con Renta Temporal", presentadas por Protecta; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de vida individual de largo plazo. 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° VI2097100026.

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

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 7: PRIMA ÚNICA

(...)

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

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

En adición durante la suspensión de la cobertura del Seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del Contrato. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante de la comunicación escrita, cursada por la Compañía, en la que le informe sobre dicha decisión.

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

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la Ley, de producirse la resolución del Contrato de Seguro como consecuencia del incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía tendrá derecho al cobro de la misma en una proporción equivalente al periodo efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 9: PAGO DE LAS PENSIONES – TITULAR ACTIVO

En caso el Asegurado se encuentre con vida, el pago de la renta temporal mensual se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

- **Mecanismo de Pago:**
 - Abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera.
 - Concurrencia del asegurado a las Oficinas de la Compañía.
 - Concurrencia del asegurado a una agencia de una entidad financiera que tenga celebrado convenio para el pago de pensiones con la Compañía de Seguros.
 - Otras modalidades vigentes al momento de dicha obligación.
- **Plazos:** A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago!



Se entiende como fecha de materialización de la obligación de pago aquella fecha pactada como fecha de devengue de la



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- **Documentación de Acreditación:**
 - Para cualquier modalidad diferente a: abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera; se solicitará el Documento de Identidad del Asegurado.

ARTÍCULO 10: PAGO DE LAS PENSIONES – ASEGURADO FALLECIDO

En caso el Asegurado haya fallecido (siendo la Compañía de Seguros la que haya detectado esta condición vía aplicación de controles de supervivencia o vía comunicación y/o aviso por parte de los beneficiarios de la póliza), el pago de la renta temporal mensual se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

- **Mecanismo de Pago:** Pago único de las pensiones pendientes de devengue via emisión de cheque.
- **Plazos:** A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago².
- **Documentación de Acreditación:**
 - a. Copia del Documento de Identidad de los Herederos Legales del Asegurado,
 - b. Original y/o copia con certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la Declaratoria de Herederos.

ARTICULO 12: RESOLUCIÓN

La Póliza de Seguro podrá quedar resuelta perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la póliza, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación por escrito al Contratante, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.
- b. Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado ni bien estos conozcan su ocurrencia.

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

El presente seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto ni la prima incrementada como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del contrato, en virtud de lo dispuesto en el art. 124 de la Ley.

renta en el artículo sétimo de las Condiciones Particulares.

² Se entiende como fecha de materialización de la obligación de pago aquella fecha pactada como fecha de devengue de la renta en el artículo sétimo de las Condiciones Particulares.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato, la Compañía queda liberada de su prestación.

Para los literales b, c, d y e, la Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada, correspondiente a la cobertura de fallecimiento, al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario computados a partir de la resolución de la póliza en cuestión.

En todos los supuestos de resolución, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello al Asegurado.

ARTICULO 13: NULIDAD DE LA PÓLIZA

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

Será nulo todo Contrato según corresponda:

- a. Si el Contratante y/o el Asegurado hubiera tomado el Seguro sin contar con Interés Asegurable.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

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

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

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

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo 13°, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros.

ARTÍCULO 17: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante o Beneficiario, cuando corresponda, deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

Posteriormente al aviso de siniestro, el Beneficiario deberá presentar una Solicitud de Cobertura y presentar los siguientes documentos en la Compañía, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de fallecimiento:

- **En caso de Muerte Natural:**
 - a. Certificado de Defunción del Asegurado.
 - b. Acta o Partida de Defunción del Asegurado
 - c. Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa del Asegurado
 - d. Copia del Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios.
 - e. Declaratoria de herederos, en caso corresponda, por no existir beneficiarios declarados.
 - f. Copia de los Documentos de Identidad de los Herederos Legales del Asegurado, en caso corresponda, por no existir beneficiarios declarados.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- **En caso de Muerte Accidental, se deberá presentar, adicionalmente a lo indicado por Muerte Natural, lo siguiente**
 - a. Atestado Policial completo, si lo hubiere.
 - b. Resultado del Protocolo de Necropsia, si lo hubiere.
 - c. Resultado de Dosaje Etílico del Asegurado, si lo hubiere.
 - d. Resultado del examen toxicológico del Asegurado con resultado de alcoholemia y toxinas, si lo hubiere.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado que amplíe lo inicialmente presentado, si lo estima conveniente, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, dentro del marco del artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, Resolución SBS N° 3202-2013, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

(...)

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

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

(...)

ARTICULO 20: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

Las partes dejan establecido que el contenido de la presente Póliza se encuentra sujeto a las leyes de la República del Perú.

ARTICULO 22: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Seguros durante la vigencia de la Póliza, deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante por los mecanismos





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión, previamente y por escrito, dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.



Exclusiones del Seguro:

Exclusión General: La cobertura que otorga esta póliza no impone exclusiones al Asegurado, salvo los casos en que el Asegurado, el (los) beneficiario(s) o el (los) heredero(s) legal(es) actúen de mala fe. No obstante ello, las coberturas Adicionales (Cobertura Adicional Devolución de Prima y Cobertura Adicional de Período Garantizado) que podría elegir el Contratante, sí pueden contemplar exclusiones.

Exclusión Cobertura Adicional Devolución de Prima: Si el fallecimiento del Asegurado se origina a consecuencia de un acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por algún(os) beneficiario(s) o heredero(s) legal(es), los cuales no tendrán derecho al pago de la suma asegurada por devolución del porcentaje de la prima comercial única, sin perjuicio del derecho que le asiste a los demás beneficiarios o herederos legales no partícipes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente a la devolución del porcentaje de la prima comercial única.