



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 25 de mayo de 2022

RESOLUCIÓN SBS
N° 01730-2022

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por La Positiva Vida Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, la Compañía) con fecha 17 de enero de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Seguro de Desgravamen Individual - Prima Mensual", registrado con Código SBS N° VI2077400144, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 3907 - 2018 de fecha 04 de octubre de 2018.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 17 de enero de 2022, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro de Desgravamen Individual - Prima Mensual", registrado con Código SBS N° VI2077400144;

Que, a través de la Resolución SBS N° 3907 - 2018 de fecha 04 de octubre 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 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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

Que, considerando que nos encontramos ante un seguro de desgravamen, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas referidas (i) a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud, (ii) al derecho de arrepentimiento, y (iii) a la revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, por ser condición para contratar operaciones crediticias, previstas en los incisos 2, 8 y 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (Reglamento de Conducta), respectivamente;

Que, de acuerdo a lo declarado por la Compañía, no resultará aplicable al producto la condición mínima referida a la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo a la empresa de seguros de la ocurrencia del siniestro, prevista en el inciso 9 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 6, 7, 10 y 18 de las Condiciones Generales del producto "Seguro de Desgravamen Individual - Prima Mensual", 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 modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 6, 7, 10 y 18 de las Condiciones Generales del producto "Seguro de Desgravamen Individual - Prima Mensual", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 3907 - 2018 de fecha 04 de octubre 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 de Desgravamen Individual - Prima Mensual", incorporado en el





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; la que será obligatoria en los contratos que celebre a partir del 10 de agosto de 2022, de conformidad con lo previsto en la Resolución SBS N° 1169-2022, que extiende el plazo de adecuación previsto en el artículo cuarto de la Resolución SBS N° 1147-2021; ello, sin perjuicio que la compañía pueda culminar la adecuación del producto antes de dicho plazo.

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 de Desgravamen Individual - Prima Mensual” modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; una vez culmine la adecuación del producto para su comercialización para lo cual tiene hasta el 10 de agosto de 2022, de conformidad con lo previsto en la Resolución SBS N° 1169-2022, que extiende el plazo de adecuación del artículo cuarto de la Resolución SBS N° 1147-2021; 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

6. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA:

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares siempre que el Contratante cumpla con pagar la prima correspondiente.

El contrato de seguro podrá no renovarse de forma automática a solicitud del Contratante, para ello deberá comunicarlo por escrito con sesenta (60) días calendario de anticipación a la fecha la renovación.

7. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

(...)

7.2 La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima en caso la Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro.
- b) Por reclamación fraudulenta de cobertura¹. La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática del contrato de seguros. En este caso, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 10 de las presentes condiciones. La resolución surtirá efectos desde su notificación. La Aseguradora devolverá la prima por el periodo no cubierto, cuando corresponda. La devolución de la prima por el periodo no cubierto procederá sin requerimiento previo del Contratante y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante² en un plazo no mayor a quince (15) días calendario contados desde la fecha de resolución antes indicada.
- c) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días, presentando la siguiente documentación:

¹ **11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:**

El beneficiario perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la Aseguradora relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, El Contratante, El Asegurado o El Beneficiario 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.

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática del contrato de seguros. En dicho supuesto, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 10 de las presentes condiciones.

² De acuerdo a lo declarado por la Compañía, la forma que se acuerde con el Contratante o Asegurado en que se realice la devolución de la prima, se indicará en la comunicación de resolución. Lo aquí indicado aplica a todas las referencias que sobre ello se efectúe en el artículo 7.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Carta dirigida a la Compañía en la que se manifiesta expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
- Original y copia de documento nacional de identidad

La solicitud de resolución del Contrato se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Aseguradora, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante tuviera algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado, podrá actuar a través de un tercero, mediante poder inscrito en Registros Públicos en el cual se autorice expresamente al tercero a realizar dicha gestión. Se requerirá adicionalmente copia del documento de identidad y vigencia de poder del apoderado con una antigüedad no mayor a 3 meses.

La devolución de la prima no devengada procederá sin requerimiento previo del Contratante y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de solicitud de resolución del contrato de Seguro.

- d) Si existe 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 Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días 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 diez (10) días por El Contratante, facultará a la Aseguradora a resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente. En este supuesto la póliza quedará resuelta en la oportunidad en la que el Contratante y/o Asegurado reciba la comunicación de resolución.

La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto.

- e) Por decisión de la Aseguradora, conforme a los mecanismos señalados en el numeral 16 del presente condicionado general. El contrato de seguro estará resuelto luego de transcurrido el plazo de quince (15) días calendarios de notificada la carta de resolución, dicha comunicación se enviará luego de haber sido informada por el Contratante o Asegurado sobre la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza a la Aseguradora. La Aseguradora tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la Aseguradora como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo del seguro en curso.

(...)





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En el supuesto señalado en el literal a) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional al periodo efectivamente cubierto.

En aquellos supuestos en que la resolución del contrato de seguro sea efectuada por la Aseguradora y el Contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerlo efectivo directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendarios de la resolución del contrato de seguro sin necesidad de realizar alguna gestión adicional. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro y desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- a. Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- b. Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- c. Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado- de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora dispondrá de 30 días calendarios desde que toma conocimiento de la reticencia y/o declaración inexacta para invocar esta causal de nulidad, la misma que será notificada por medio fehaciente al Contratante y/o Asegurado.
- d. Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad, la Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses dentro del plazo de 30 días contados desde la declaración de la nulidad, excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto. La devolución de la prima se realizará en la forma que acuerden el Contratante y la Aseguradora.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa y respuesta en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

- a) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- b) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

c) Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.

d) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

8. PRIMA:

(...)

A falta de pago de las primas, La Aseguradora comunicará al Contratante y/o Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del plazo indicado en las condiciones particulares vía correo electrónico declarado en la solicitud de seguro o por escrito al domicilio consignado en las condiciones particulares, conforme a lo establecido en el numeral 16 del presente contrato de seguro, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima, plazo que no podrá ser menor a los 30 días antes mencionados. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver el contrato de seguro. Para tal efecto, comunicará al contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

(...)

Asimismo, si La Aseguradora no reclama el pago de la prima –por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo- se entiende que el contrato queda extinguido. Para estos efectos, no se considerará como “reclamo de pago de prima”, el envío de alguna comunicación, a través de la cual se informe al Contratante del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, y/o se indica el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura de seguro.

Si el siniestro ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicada o durante el plazo de los noventa (90) días antes referido, la prima adeudada por el Contratante y/o Asegurado será deducida del beneficio correspondiente.

10. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a La Aseguradora los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Fallecimiento: Se deberá presentar la siguiente documentación:

a) Certificado Médico de Defunción del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, documento emitido por el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cual fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que lo causaron.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad o RENIEC.

c) DNI del Asegurado en caso corresponda.

d) Historia Clínica completa, foliada y fedateada emitida por el hospital o clínica donde se atendió el asegurado.

e) Estado de cuenta emitido por el Beneficiario, donde conste el saldo deudor o saldo insoluto, según corresponda.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, se deberán presentar adicionalmente los siguientes documentos:

a) Atestado policial completo ordenado por la Policía Nacional del Perú, según corresponda.

b) Protocolo de Necropsia del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, ordenado por el Ministerio Público.

c) Dosaje Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito; o,

d) Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), ordenado por la Policía Nacional del Perú, en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.

Para la cobertura de invalidez total y permanente: Se deberá presentar la siguiente documentación:

a) DNI del Asegurado

b) Historia Clínica completa, foliada y fedateada emitida por el hospital o clínica donde se atendió el asegurado.

c) Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP, COMEC, INR cualesquiera de ellas), en donde se señale el grado de menoscabo y la fecha de ocurrencia.

d) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente deberá presentarse el Atestado policial completo ordenado por la Policía Nacional del Perú, según corresponda, y el Dosaje Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito.

e) Estado de cuenta emitido por el Beneficiario, donde conste el saldo deudor o saldo insoluto, según corresponda.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas del Comercializador o de la Aseguradora cuya dirección se encuentra en las condiciones particulares, en un plazo no mayor a 360 días contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Las acciones fundadas en el presente contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años computados desde que ocurrió el siniestro. En el caso de cobertura por fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Asegurado o Beneficiario para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Asegurado o Beneficiario no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales de la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

En los casos en que deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares y/o Asegurado, debido a la imposibilidad de la Compañía de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado hasta la presentación de los documentos requeridos y aprobación del siniestro.

17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio, controversia, desavenencia, reclamación o denuncia resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la (i) vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes, (ii) la vía administrativa, a través de instancias tales como el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI quien atiende reclamos y denuncias o la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS, quien solo atiende las denuncias de los asegurados y (iii) a través de cualquier otro mecanismo de defensa que se cree en el futuro.

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario puede pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el monto reclamado, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado fuese igual o superior a 20 UIT.

18. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

18.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación escrita y detallando las modificaciones en caracteres





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

destacados en la póliza, la misma que deberá ser remitida por la Aseguradora a través de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por La Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas debiendo la Aseguradora remitir la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Aseguradora sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

18.2 Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Aseguradora y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

